

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского
Национальный исследовательский университет

Арзамасский филиал

СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДИКА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Учебное пособие

Рекомендовано методической комиссией Арзамасского филиала ННГУ
для студентов филиала, обучающихся по специальностям
040101.65 «Социальная работа»
030301.65 Психология
050 706.65 Педагогика и психология

Арзамас
2013

УДК 301.085:15 (075.8)
ББК 88.59я73
С 57

С 57 СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДИКА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ: Составители: Щенникова С.В., Алешенькина Е.Е.: Учебное пособие. - Арзамас: Арзамасский филиал ННГУ. – 2013. - 106 с.

Рецензенты:

доктор педагогических наук, профессор Т.В. Машарова, ректор КОГОАУ ДПО (ПК) «ИРО Кировской области»

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и педагогической психологии Арзамасского филиала ННГУ И.Н. Дворникова

В учебном пособии раскрываются сущность психосоциальной работы, ее роль, методы и технологии психосоциальной работы; особое внимание уделено психолого-социальной работе с различными группами населения. В него включены основные термины и ключевые понятия, вопросы для самопроверки, перечень рекомендуемой литературы.

Учебное пособие составлено на основе Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования 2000 года и предназначено для студентов педагогических вузов, обучающихся по специальностям 040101.65 «Социальная работа», 030301.65 Психология, 050 706.65 «Педагогика и психология».

Ответственный за выпуск:

председатель методической комиссии психолого-педагогического факультета
к.псих.н., доцент И.А. Ганичева

УДК 301.085:15 (075.8)
ББК 88.59я73

Содержание

	Стр.
Введение	4
Тема №1. Психосоциальная работа: ее содержание и соотнесение со смежными дисциплинами.....	6
Тема № 2. Понятие, роль и место психолого-социальной работы в системе социальной работы. Психолого-социальные технологии.....	13
Тема №3. Особенности психологического консультирования как самостоятельного метода оказания психологической помощи и коррекции	17
Тема №4. Социально-психологический тренинг - цели, задачи, классификация.....	31
Тема №5. Психолого-социальная работа с пожилыми людьми.....	51
Тема №6. Психолого-социальная помощь подросткам и детям.....	62
Тема №7. Психолого-социальная помощь в местах лишения свободы.....	69
Тема №8. Консультирование родителей по проблемам детей и подростков	74
Тема №9. Влияние наркомании на современного подростка	83
Словарь терминов	100
Заключение	102
Список литературы	103

Введение

В последнюю редакцию Государственного образовательного стандарта подготовки специалистов по социальной работе 2000 года вошел новый учебный модуль – «психосоциальная работа». Такой подход полностью согласуется с международной теорией и практикой оказания социальной помощи населению. Центральной задачей практической социальной работы считается содействие оптимальной адаптации как отдельных личностей, так и семей и других групп населения к социальной среде и, в частности, к своему окружению.

Цель психосоциального подхода – поддерживать равновесие между внутренней психической жизнью человека и межсистемными отношениями, влияющими на его жизнедеятельность. Суть помощи – эффективное участие в решении психологических, межличностных и социальных проблем «личности в ситуации». В отечественной методологии и практике социальной работы идея синтеза психологического и социального прослеживается на всех уровнях. Соответственно, интегративный подход фактически заложен и в нормативных документах о деятельности социальных служб и должностных обязанностях социальных работников.

Психосоциальная работа требуется при решении самого широкого круга проблем, на первое место среди которых выходят семейные, включая как осложнения и трудности в детско-родительских, так и в супружеских отношениях. Учитывая разнообразность и сложность внутрисемейных, личных и других проблем, требующих психосоциальной помощи, в их решении нередко участвуют различные специалисты, включая социальных работников, психологов с разной специализацией, психотерапевтов и психиатров. При этом элементы психосоциальной работы могут использоваться как частично, скажем, в деятельности социального работника, учителя, врача, так и непосредственно составлять основное содержание деятельности практического психолога и психосоциального работника, работающих в различных социальных службах.

Курс «Содержание и методика психосоциальной работы в системе социальной работы» направлен на подготовку будущего специалиста к овладению теоретическими знаниями и практическими умениями по предмету.

Целью курса является формирование у студентов системных знаний и представлений о психосоциальной работе как науке.

В процессе преподавания дисциплины ставятся следующие задачи:

- сформировать у студентов знания основных теоретических вопросов о содержании и методике психосоциальной работы в системе социальной работы;
- познакомить с содержанием и спецификой применения психосоциальных и коррекционно-реабилитационных технологий в работе с разными категориями населения;
- ознакомить студентов с содержанием и методикой психосоциальной работы в организациях и учреждениях социального обслуживания, образования, здравоохранения, правоохранительных органов;
- способствовать развитию творческого мышления у студентов.

В ходе изучения дисциплины студенты овладевают следующими знаниями, навыками и умениями:

- знание и понимание основных теоретических вопросов о содержании и методике психосоциальной работы в системе социальной работы;
- навыки самостоятельной работы с литературными источниками и умение оперировать научными понятиями и терминами;
- умение применять психосоциальные и коррекционно-реабилитационные технологии в работе с разными категориями населения;
- умение оказывать психолого-педагогическую помощь и поддержку различным категориям населения;
- знание законодательных и нормативных актов, регулирующих деятельность социальных учреждений.

Тема №1

Психосоциальная работа: ее содержание и соотнесение со смежными дисциплинами

Понятие «психосоциальная работа» появилось в России недавно, и до сих пор еще нет единого мнения по поводу того, каким содержанием наполнено это понятие, как соотносится это направление с другими смежными сферами: социальной работой, практической психологией, психотерапией и вообще имеет ли право на существование само понятие «психосоциальная работа».

Следует отметить, что это понятие появилось в России в связи и вследствие появления и развития социальной работы, которая, как известно, начала внедряться у нас с 1991 года. До этого у нас в некоторой достаточно слабой степени развивались отдельные отрасли практической психологии, которые, как правило, были привязаны к каким-либо сферам человеческой деятельности. Скажем, школьная психологическая служба обслуживала школьный учебно-воспитательный процесс; психология управления связана с подбором и подготовкой руководителей разного уровня и т.д.

Появление социальной работы переориентировало все человековедческие дисциплины и психологию в первую очередь, на поддержку человека, находящегося в кризисной ситуации, будь то безработица, хроническая болезнь, инвалидность, посттравматический кризис, адаптация после мест лишения свободы и т.д. В любом случае наряду с оказанием социально-экономической, социально-правовой и прочей помощи человек, попавший в кризисную ситуацию, нуждается в психологической помощи и поддержке, мобилизующей его внутренние ресурсы. Кроме того, и сами кризисные ситуации нередко становятся результатом межличностных и личностных затруднений и не могут быть решены вне психологического контекста. К примеру, врач-психотерапевт, работающий в государственной клинике, жалуется на эмоциональный дискомфорт и субдепрессивные состояния, связанные с его глубокой неудовлетворенностью работой и жизнью, поскольку он не может в полной мере реализовать свои современные психотерапевтические знания в условиях государственного учреждения и вместе с тем не решается вести частную практику, опасаясь организационно-финансовых затруднений и других проблем, которые возникают при частном предпринимательстве. Хотя проблема этого человека, казалось бы, носит сугубо социальный характер, однако, при более углубленной психотерапевтической работе с ним выявляется, что он имеет серьезные психологические проблемы, связанные с детскими комплексами, сформированными авторитарной матерью, построившей в свое время воспитание ребенка на жестких запретах. Привычка жить в строго нормированных правилах сковывает этого человека и не позволяет проявлять предпринимательскую инициативу, без которой невозможна творческая самореализация и полноценное существование. И здесь социальная помощь не может быть оказана без глубинной психотерапевтической проработки.

Или вот еще пример. В психологическую консультацию явилось встревоженное семейство: мать, отчим, бабушка и ребенок 7 лет. Жаловались на

поведение мальчика, которое заключалось в довольно безобидных детских шалостях, фантазировании, а также в том, что ребенок скрывал свои школьные проступки от родителей, поскольку за каждый проступок или замечание учителя жестоко наказывался отчимом. Психологическое тестирование мальчика не выявило никаких серьезных дефектов психики ребенка. И из беседы с родителями становилось ясно, что в данном случае дело вовсе не в ребенке, а в тех сложных внутрисемейных отношениях, которые складываются между супругами. Отчим ревновал жену к прежнему мужу, на которого был похож мальчик, а мать, в свою очередь, скорее неосознанно использовала мальчика, чтобы держать своего нового достаточно преуспевающего мужа в эмоциональной привязанности к себе и к семье, хотя эти эмоции и носили отрицательный характер. Отсюда видно, что в этом случае также требуется групповая семейная психотерапия, позволяющая всем членам семьи отразиться и отрегулировать свои отношения.

Эти примеры можно продолжать и далее. Все они свидетельствуют о том, что психосоциальная работа предполагает психологическую помощь, связанную не столько с какой-либо сферой деятельности человека, сколько с межличностными и личностными психологическими проблемами.

Итак, психосоциальную работу можно обозначить как психологическую помощь клиенту с целью преодоления социальной дезадаптации и социально-психологического неблагополучия, которое может проявиться как в системе профессиональных, так и семейно-бытовых отношений и привести к различным формам социальной дезадаптации.

При этом социальная дезадаптация и социально-психологическое неблагополучие могут быть вызваны причинами как внешнего, так и внутреннего характера, либо их сложным сочетанием.

Источником внешнего социально-психологического неблагополучия могут выступать социальные, социально-экономические и медико-социальные причины, такие, как потеря работы, потеря близких, инвалидность и хроническая болезнь, смена места жительства, работы и привычных условий жизнедеятельности и так далее, что вызывает необходимость изменения прежних стереотипов поведения, оценок, мотивации, с тем, чтобы эффективно функционировать в новых условиях существования.

Причины внутреннего порядка, приводящие к социальной дезадаптации и социально-психологическому неблагополучию, носят психологический характер, выражающийся в деформации различных личностных структур как осознаваемого, так и неосознаваемого уровня (неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушения эмоционально-коммуникативной и мотивационно-нравственной сферы, нарушение процессов саморегуляции, негативные фиксированные установки, психотравмы, комплексы).

К дезадаптации и межличностным конфликтам в сфере профессиональных и семейно-бытовых отношений чаще всего приводят причины взаимосвязанного и взаимозависимого характера, представленные сложным сочетанием неблагоприятных личностных и средовых характеристик, затрудняющих взаимодействие партнеров.

Психосоциальная работа требуется при решении самого широкого круга проблем, на первое место среди которых выходят семейные, включая как осложнения и трудности в детско-родительских, так и в супружеских отношениях.

При этом можно выделить несколько направлений психосоциальной работы в оздоровлении семейных отношений. Это работа с семьями алкоголиков, представляющими весьма большой контингент семей с тяжелыми психологическими проблемами созависимости; семьи с эмоционально-отчужденными отношениями, среди которых значительное место занимают семьи с высоким социально-экономическим статусом, семьи предпринимателей, коммерсантов, представителей управленческих структур; семьи с проявлениями жестокости и насилия в отношении женщин и детей, супружеские пары с нарушениями сексуальных отношений, супружеской неверностью, семьи инвалидов и хронически больных и т.д.

Особое место занимают детско-родительские отношения, осложнения, связанные с воспитанием детей, в основе которых могут быть самые разнообразные причины: задержки психического развития и нервно-психические заболевания детей; кризисы возрастного развития; индивидуально-психологические особенности детей, не понимаемые и не принимаемые родителями; неправильный стиль отношений и закрепившиеся отрицательные стереотипы внутрисемейного общения и т.д.

Причиной дезадаптации как в сфере семейно-бытовых, так и производственных отношений могут быть посттравматические стрессовые расстройства, которые наблюдаются у бывших участников и жертв военных конфликтов, техногенных катастроф и стихийных бедствий, жертв насилия, в том числе и семейного. С этой категорией клиентов также требуется не только индивидуальная работа, но и работа с их семейным окружением, их близкими, в среде, где протекает основная жизнь посттравматика.

Как известно, такая же психосоциальная работа с семьей, в частности с родителями, необходима в процессе вторичной социально-психологической реабилитации наркозависимых. Опыт показывает, что наркологическое лечение без вторичной психосоциальной и психотерапевтической реабилитации, а также без коррекции внутрисемейных отношений не приводит к успеху, и, как правило, через 2-3 месяца после наркотического лечения наркозависимый снова начинает принимать наркотики.

Учитывая разнообразность и сложность внутрисемейных, личных и других проблем, требующих психосоциальной помощи, в их решении нередко участвуют различные специалисты, включая социальных работников, психологов с разной специализацией, психотерапевтов и психиатров.

При этом элементы психосоциальной работы могут использоваться как частично, скажем, в деятельности социального работника, учителя, врача, так и непосредственно составлять основное содержание деятельности практического психолога и психосоциального работника, работающих в различных социальных службах.

Элементы психосоциальной работы в деятельности социального работника, учителя, врача могут быть представлены в виде первичного психологического консультирования, когда происходит первое ознакомление с проблемами, испытываемыми клиентами, вычленение аспектов этих проблем, их осознание и самоактуализация резервов личности для решения своих психологических проблем. Функции первичного психосоциального консультирования выполняют также работники телефонов доверия, которые по телефону обсуждают с клиентами их проблемы, включая психологические, помогают вычленить и осознать эти проблемы, определить внутреннюю позицию клиента, адресовать к необходимым специалистам.

Непосредственно психосоциальная работа, осуществляемая психологом социальных служб, наряду с психологическим консультированием включает также более углубленную психологическую и социально-психологическую диагностику, в процессе которой выявляются личностные особенности клиента, затрудняющие его социальную адаптацию и эффективное функционирование в системе профессиональных и семейно-бытовых отношений, а также выявляется характер его отношений с его ближайшим окружением и основные социально-психологические характеристики этого окружения. При этом психосоциальная работа носит как индивидуальный, так и групповой характер, осуществляя психологическую коррекцию, как отдельной личности, так и системы отношений ее ближайшего окружения. В этом отношении к методам психосоциальной работы можно, в частности, отнести такой метод, как позитивная семейная психотерапия, в которую наряду с пациентом вовлекается его семья и ближайшее окружение (Н. Пезешкиан). Технологией психосоциальной работы также являются различные виды социально-психологических тренингов коммуникативных умений, ассертивного поведения, деловые игры, игротерапевтические методы по коррекции эмоционально-волевых и коммуникативных отношений, социодрамы и психодрамы, в процессе которых происходит рефлексия и коллективное отработывание различных социальных ролей и эмоциональных состояний.

Определение содержания, области изменения методов и технологий психосоциальной работы требует ее разграничения с методами и областью применения психотерапии, границы с которой в практической работе оказываются недостаточно четко очерчены. Если психосоциальное воздействие означает, что прорабатываются как психологические, так и социальные ситуации, включая ближайшее окружение индивида, то психотерапия прежде всего обращена к дискомфортному психическому состоянию, которое может выражаться в страхе, беспокойстве, панике, отчаянии, депрессии, психосоматических проблемах. Психотерапевт, в отличие от психосоциального работника, больше ориентирован не на социально-психологическое окружение, а на глубинные пласты психики, включая сферу бессознательного. Классическим методом психотерапии является психоанализ, а также получившие развитие в последние годы методы трансперсональной психотерапии, работающей с измененным сознанием, суггестивные методы и т.п.

В настоящее время в зависимости от сферы и области применения выделяются нозоцентрические, антропоцентрические и социоцентрические психотерапевтические методы и технологии. Нозоцентрическая психотерапия ориентирована на болезненные изменения психики и большей частью применяется врачами, работающими в пограничной психиатрии. Антропоцентрическая психотерапия помогает решать психологические внутриличностные проблемы психически здорового человека. Социоцентрическая психотерапия направлена на решение проблем социальной адаптации личности, на гармонизацию системы межличностных отношений, что, в свою очередь, можно отнести к области психосоциальной работы.

Таким образом, психосоциальная работа как социоцентрическое направление психотерапии наиболее тесно смыкается с так называемой антропоцентрической психотерапией, решающей не столько проблемы психического, сколько проблемы психологического здоровья клиентов. Само понятие «психологическое здоровье» и его разграничение с психическим здоровьем требует своего более детального уяснения и проработки. Проблема психологического здоровья была обозначена в статье В.А. Ананьева, опубликованной в «Вестнике психосоциальной и психокоррекционной и коррекционно-реабилитационной работы» № 3 за 1995 год. Необходимость разграничения понятий психического и психологического здоровья особенно остро встает в связи с интенсивным развитием психотерапии, которая далеко вышла за рамки клинической медицинской психотерапии и так называемой малой психиатрии.

В настоящее время в мировой и отечественной психотерапевтической практике наметился заметный прорыв в развитии различных психотерапевтических школ. Наряду с психоаналитическим направлением, в котором классический фрейдовский психоанализ пополнен такими продуктивными школами, как психоанализ Карла Юнга и Альфреда Адлера, интенсивно развивается гештальттерапия, основателем которой является Фредерик Перлз (1893 - 1970); гуманистическая психотерапия (Карл Роджерс, Абрахам Маслоу); телесно-ориентированная психотерапия (Вильгельм Райх); групповая поведенческая и бихевиористская психотерапия (Б.Скиннер); нейролингвистическое программирование (Ричард Бендлер и Джон Гриндер); дионетика (Рон Хаббард); экзистенциальная психотерапия (Э.Фромм, В.Франклин); медитативные практики, основанные на восточных учениях, йоге и буддизме, разнообразные дыхательные психотерапевтические техники (ребефинг, голотропное и (свободное дыхание) и т.д.

Следует отметить еще одну особенность современной психотерапевтической практики - это тенденция к интеграции школ и подходов. В свое время при зарождении психоанализа как первой глубинной психотерапевтической практики отмечалась стойкая приверженность психоаналитиков к своей школе. Известно, что Фрейд не простил до конца своих дней отступничества своим самым талантливым ученикам К. Юнгу и А. Адлеру, разработавшим свои психоаналитические направления. Сейчас же, напротив, практикующими психотерапевтами все более и более осознается необходимость

интегрирования и сочетания психотерапевтических методов, школ, подходов. Проблемы интеграции были подняты в статье А. Блазера, швейцарского профессора из Берна, опубликованной в «Вестнике психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы» № 3-1996 г., в которой в качестве основания для интеграции определялась психологическая проблема клиента, решаемая в процессе психотерапевтической работы.

Проблеме интегративных психотехник была также посвящена диссертация отечественного психолога И.С. Шемет, защищенная в конце 1996 г., где речь шла о принципах и содержании интеграции традиционных восточных и западных психотехник.

Таким образом, в настоящее время практикующему психотерапевту и психосоциальному работнику далеко недостаточно овладеть одним из каких-либо методов, важно иметь представления и владеть разнообразными психотехниками и при этом использовать их адекватно к психологическим проблемам клиента.

В связи с этим, конечно же, встает вопрос о подготовке кадров практических психологов и психосоциальных работников. И здесь, очевидно, в разной степени важна и необходима как вузовская, так и поствузовская подготовка специалистов по психосоциальной работе. В настоящее время подготовка таких специалистов возможна как на факультетах психологии по специализации «Практический психолог социальных служб», так и на факультетах социальной работы по специализации «Психосоциальная работа». Однако, несмотря на острый запрос практики, подготовка таких специалистов крайне незначительна, не многие вузы решаются открывать эти специализации и проблема, прежде всего в преподавательских кадрах, способных обучать студентов современным психосоциальным технологиям. Здесь нет ничего удивительного, эта общая беда нашей высшей школы, готовящей специалистов для психологической практики и социальной работы. Эти новые практико-ориентированные отрасли так стремительно шагнули вперед, что вузовские преподаватели, обучающиеся в свое время по программам академической психологии, оказались в весьма затруднительном положении и в первую очередь сами нуждаются в подготовке и переподготовке. К сожалению, в государственном масштабе такого рода подготовка и переподготовка преподавательских кафедр психологии не организована, что весьма тормозит подготовку специалистов по психосоциальной работе в рамках уже открытых специализаций. И здесь, как это ни странно, факультеты социальной работы опередили психологические факультеты. Во-первых, в государственные программы факультетов социальной работы наряду с достаточно большими по объему курсами общей, социальной психологии, психологии социальной работы включена самостоятельная дисциплина «Психосоциальная работа». И, во-вторых, несмотря на дефицит преподавательских кадров, в ряде вузов уже открыта специализация по психосоциальной работе.

Однако фактически ситуация такова, что в учреждениях социального обслуживания, впервые открытых в России в середине 90-х годов, вынуждены работать специалисты без специальной подготовки по психосоциальной работе.

И здесь, конечно, основной выход наметился в поствузовском обучении и переподготовке работающих практических психологов и психосоциальных работников в разного рода негосударственных учреждениях, привлекающих к работе ведущих отечественных специалистов, которые могли пройти обучение в различных авторских западных школах и на семинарах, адаптировать западные психосоциальные технологии, а также разработать собственные оригинальные методы групповой работы. И наиболее продвинутыми отечественные специалисты оказались в области социально-психологических тренингов и игротерапии. Этим методам посвящено достаточно большое число отечественной и зарубежной литературы.

Среди негосударственных учреждений, активно ведущих переподготовку практических психологов и психосоциальных работников, можно назвать ГП «Иматон» и центр «Гармония» в Санкт-Петербурге, центр практической психологии «Катарсис» и Центр психосоциальной работы при Консорциуме «Социальное здоровье России» в Москве. Безусловно, это далеко не полный перечень негосударственных образовательных учреждений дополнительного типа, где можно повысить квалификацию по психосоциальной работе.

Большую роль в формировании нового профессионального сообщества играют специализированные периодические издания, также появившиеся в России во второй половине 90-х годов. Одним из первых негосударственных специализированных периодических изданий Консорциумом «Социальное здоровье России» в 1994 году был учрежден журнал «Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы», затем «Иматон» в 1996 году начал выпускать «Психологическую газету», и в то же время издательство, руководимое А.Г. Лидерсом, начало издавать профессиональные журналы «Семейная психология и психотерапия», «Журнал практического психолога» и другие. В настоящее время насчитывается 16 периодических психологических изданий, которые, конечно же, играют большую роль в повышении профессиональной компетенции практических психологов и психосоциальных работников.

Проведенная в мае 2001 года Консорциумом «Социальное здоровье России» совместно с «Тримбус-институтом» (Голландия) Международная конференция «Современные психосоциальные технологии: проблемы освоения и использования» показала, что сообщество специалистов по психосоциальной работе в России уже сложилось. По крайней мере, на конференцию было прислано более 250 заявок из 47 регионов России. И основные проблемы, которые обсуждались на конференции и которые очевидно волнуют общество, это:

- профилактика наркомании и реабилитация наркозависимых;
- диагностика и коррекция социальной дезадаптации детей и подростков;
- психологическая реабилитация участников и жертв военных конфликтов, катастроф и стихийных бедствий;
- психосоциальные технологии социального менеджмента.

Достаточно быстрое становление в России такого нового и сложного в профессиональном отношении вида психологической помощи, как психосоциальная работа, свидетельствует об эффективности взаимодействия учреждений государственной и негосударственной сферы в области социальной политики, практики, образовательного и издательского дела.

Ключевые понятия: психосоциальная работа, социальная работа, психотерапия, социально-психологическая диагностика, социально-психологический тренинг, деловая игра, социодрама, игротерапия, дезадаптация.

Вопросы для самопроверки

1. История появления понятия «психосоциальная работа».
2. Определение понятия «психосоциальная работа».
3. Связь психосоциальной работы со смежными дисциплинами.
4. Методы психосоциальной работы.
5. Отличие психосоциальной работы от психотерапии.

Тема №2

Понятие, роль и место психолого-социальной работы в системе социальной работы. Психолого-социальные технологии

На исторических этапах развития человеческого общества совершенствование социальной службы происходило во всех сферах деятельности: юридической (правовой), медицинской, психологической, педагогической.

Одним из направлений социальной службы является психолого-социальная работа по выявлению и изучению негативного воздействия различных психотравмирующих факторов. Эта работа осуществляется на разных уровнях: социальном, соматическом, соматопсихическом, межличностном, включая семейные, производственные, сексуальные, национальные конфликты. На основе данных психодиагностических исследований разрабатываются соответствующие положения, требования и рекомендации по профилактике отрицательного влияния на человека психотравмирующих факторов, приводящих к развитию расстройств основных когнитивных, эмоциональных, двигательных-волевых процессов, неврозов, психозов, нередко завершающихся суицидальными действиями и преступлениями; определяются выбор и применение адекватных психотерапевтических методов и средств по восстановлению, поддержанию психического здоровья различного контингента лиц, обращающихся к работникам социальных служб за оказанием необходимой социальной, медицинской, психологической, юридической и других видов помощи.

Профессиональные функции социальных работников включают широкий круг услуг населению, оказание различных видов помощи: юридической (правовой), материальной, медицинской, психологической, педагогической, реабилитационной, этической, нравственной, по трудоустройству и жилищным вопросам, по проблемам миграции и др.

Обслуживаемые социальными работниками лица разных слоев населения нуждаются в решении достаточно сложных вопросов, связанных с реальными возможностями служб, финансируемых государством.

К социальным работникам обращаются:

- пенсионеры;
- лица с различными формами и степенью тяжести заболеваний, с дефектами развития и психическими расстройствами;
- безработные;
- инвалиды, лишенные прав собственности;
- конфликтующие члены семьи и их родственники;
- бездетные;
- лица, нуждающиеся в санаторно-курортном лечении и льготах на получение оплаты жилья, лекарственных средств, операций;
- призывники, служащие и уволенные из рядов армии;
- ранее осужденные;
- эмигранты, мигранты, и другие лица.

В социальную службу за конкретной помощью обращаются также больные с психическими расстройствами:

- с расстройствами познавательных процессов (искажение собственных ощущений и восприятий окружающей среды, живой и неживой природы; с деформациями осознания своих личностных потребностей, жалоб, представлений, воображений, мотивов организации деятельности по удовлетворению своих потребностей);
- с расстройствами эмоций, воли, мышления, с неадекватной оценкой различных сторон своей жизнедеятельности.

При ярко выраженных проявлениях неудовлетворенности личных жизненно важных потребностей эти люди склонны к антисоциальным поступкам.

К таким поступкам относятся:

- организация или активное участие в несанкционированных демонстрациях;
- развязывание межличностных конфликтов, неизбежно приводящих к увольнению с работы, разводам, потере жилья, миграции, беспризорности;
- нанесение телесных повреждений, самоубийства и убийства;
- употребление психоактивных средств (алкоголя, наркотиков, токсических веществ);
- бродяжничество;
- проституция;
- воровство и разбои;
- распространение социально опасных инфекций (вирусный гепатит, туберкулез, сифилис, СПИД и др.).

Функциональные обязанности социальных работников требуют получения и учета юридических (правовых) и медицинских данных (решений, заключений), а также получения результатов психодиагностических исследований, выполненных специалистами экспертной комиссии медико-психологической службы государственных и негосударственных учреждений. На основе этих

материалов определяют средства, методы и приемы для оказания психопрофилактической, психотерапевтической, социальной помощи.

Эффективность и успешность профессиональной деятельности социального работника обеспечиваются знанием и выполнением норм, правил этики и деонтологии. Сопереживание, моральная поддержка, милосердие, доброжелательность, выдержка, терпение, бескорыстие, самокритичность, сохранение чувства юмора (безобидного) являются важными средствами переключения отрицательных эмоций на положительные в ситуации межличностного общения с клиентами. Социальным работникам приходится иметь дело с различным контингентом населения, с каждым человеком в отдельности и в каждом случае проявлять искусство в своей работе.

Равнодушие, грубость, трусость, «святая» лживость, неисполнение обещанных и принятых решений снижают результативность профессиональной деятельности социального работника, подрывают авторитет, доверие к специалистам государственной социальной службы.

Психолого-социальные технологии включают знания общих психологических дисциплин:

- психология, изучающая: процессы восприятия окружающей действительности, собственно-личностных состояний, мыслей и потребностей; эмоции, проявляемые в результате волнений как реакции на объекты и явления; чувства; процессы мышления; психические свойства, качества и способности личности; организацию и реализацию планов деятельности с оценкой этих результатов деятельности и т.д.;
- психологизация наук, проявляющаяся во все более усиливающемся взаимодействии психологии с другими науками об изучении человека, в частности, с социологией с целью психологического обоснования принятых социальными сотрудниками решений;
- психическая активность и саморегуляция, проявляющиеся в актах сознания, чувств, воли, мышления, направленных на преодоление препятствий на путях достижения целей, удовлетворения социальных и личностных потребностей индивида;
- психогения, исследующая психические состояния, возникающие в результате воздействия на сознание психотравмирующих факторов и психоактивных веществ;
- психодиагностика, изучающая потенциальные психические свойства, качества, способности, направленность деятельности конкретных личностей или их типов;
- психологическое здоровье, обеспечивающее иммунитет при воздействии на сознание психотравмирующих факторов социальной среды и собственного организма;
- психологический климат, исследующий особенности таких массовых явлений, как групповое сознание, коллективные проявления настроений, мнений, суждений, принятие решений и деятельности;
- социальная психология, как самостоятельная отрасль психологии,

изучающая закономерности поведения и деятельности людей, обусловленные фактором включения их в социальные группы, а также психологические характеристики этих групп с акцентом на изучении каждой личности, как субъекта общественных отношений; окружающей общественной среды, условий жизнедеятельности населения по видам общности (формации), отдельных групп по уровням жизнедеятельности, условий и среды обитания: семейных, производственных, общественных, военных и других. Социальный психолог должен уметь выявлять, понимать эти проблемы и определять, в какой мере, и в каком направлении он может способствовать их решению;

- факторы, определяющие условия жизнедеятельности (правовые, нравственные, материальные и др.);
- статус личности, отражающий объективный статус роли и социальной значимости лиц в обществе;
- термин «технология», переводимый как искусство выполнения профессиональных функций в различных видах деятельности.

Сфера обслуживания различных слоев населения социальными работниками весьма обширна. Это лица, занятые в сферах политики, науки, образования, здравоохранения, культуры, спорта, производства, бытового обслуживания, правоохранения, защиты отечества; инвалиды; дети; пожилые и старые люди; девиантные лица; бездомные люди; лица, освобожденные из мест заключения и другие.

Для принятия и осуществления правильных решений социальные работники должны знать результаты психологических исследований причин психотравмирующих факторов и на этой основе разрабатывать комплексную программу мероприятий по их профилактике. Именно в этом заключается стратегическая направленность психосоциальных технологий, основывающихся на необходимости учета и реализации данных, получаемых методами психологического исследования.

Ключевые понятия: психолого-социальные технологии, социальная работа, психолого-социальная работа, психодиагностика, психологическое здоровье, профилактика.

Вопросы для самопроверки

1. Понятие психолого-социальной работы.
2. Место и роль психолого-социальной работы в системе социальной работы.
3. Объекты психолого-социальной работы.
4. Психолого-социальные технологии (тренинги, семейная психотерапия, индивидуальная и групповая психотерапия, игротерапия, социотерапия и т.д.).

Тема №3

Особенности психологического консультирования как самостоятельного метода оказания психологической помощи и коррекции

Зачастую о психологическом консультировании говорят и думают как о сокращенном аналоге того направления, которое на Западе носит название «психотерапия», а в нашей стране называется коррекцией или немедицинской психотерапией. Между тем к концу XX века психологическое консультирование приобрело многие специфические черты, которые делают его самостоятельным методом оказания психологической помощи, в корне отличным от психотерапии и психокоррекции.

Появление термина «консультативная психология» на Западе относится к 1951 году. До этого единое предметное поле, послужившее основой для выделения этой области психологического знания, принято было называть психотерапией. На Западе психотерапия развивалась, прежде всего (1) как совокупность методов исследования внутри психической динамики и динамики межличностных отношений, далее (2) как форма лечения психических нарушений, наконец, (3) как средство личностного роста и достижения личностной зрелости. По мере развития теории и методов психотерапии все более стала выступать, как средство помощи человеку разобраться с философскими и экзистенциальными проблемами, средство получения образования, средство изменения поведения. Современная психотерапия на Западе представляет собой образование, направленное на осуществление всех этих функций (Спиркина, 1994).

Термин «консультативная психология» был введен, прежде всего, для того, чтобы отделить уже сложившуюся совокупность методов от узкой задачи лечения собственно психических расстройств у людей, признанных больными людьми («клиническая психология»), и направить ее на более широкие сферы применения. Такими сферами являются многочисленные психологические проблемы в области образования (консультирование педагогов, школьников, родителей школьников, студентов), менеджмента и промышленности (консультирование руководителей, сотрудников организаций), наконец, просто личностные и семейные проблемы психически здоровых людей, обращающихся к психологу (работа с супружескими парами, совместное консультирование детей и родителей, добрачное консультирование, профконсультирование и т.д.) (Меновщиков, 1998; Алешина, 1994). Таким образом, первым отличительным признаком новой области стала обращенность к проблемам психически здоровых людей.

Обращенность к проблемам психически здоровых людей обнаружила некоторую принципиальную недостаточность традиционных психотерапевтических методов применительно к новой, более широкой и менее ориентированной на глубинные формы работы психологической реальности. Психотерапия на Западе развивалась таким образом, что ее методологической основой выступили, прежде всего, психоанализ З. Фрейда, аналитическая

психология К. Юнга, индивидуальная психология А. Адлера и другие направления и модификации психоанализа, наиболее популярными из которых к настоящему времени являются гештальттерапия и НЛП. Основные положения этих теорий были получены не с помощью статистических методов анализа, поскольку привлечение данных эмпирических исследований было малополезно в работе, ориентированной на глубинные слои психики. Обращение к более широким областям использования психологической помощи в силу поверхностного характера большинства расстройств сделало возможным и даже потребовало привлечение данных эмпирических исследований, полученных в согласии с классическими требованиями планирования и проведения научного исследования. Психологическое консультирование гораздо более ориентировано на результаты собственно научных, основанных на использовании методов математической статистики, методов исследования, чем психотерапия. С самого начала «консультативная психология» включила в свои методологические основы психологию индивидуальных различий, данные психометрических и психологических измерений (Меновщиков, 1998), что в значительной степени повысило ее эффективность.

Следующее отличие психологического консультирования от психотерапии, которого мы отчасти коснулись выше, имеет отношение к степени глубины работы. Клинически ориентированная психотерапия и психологическое консультирование - методы, направленные на разные этапы взаимодействия психолога и клиента (Горностай, Васьковская, 1995; Кочюнас, 1999).

Психотерапия - помощь человеку в случаях, когда психологические проблемы уже настолько осложнились, что нуждаются в долговременной коррекции их последствий. Под воздействием долговременных травмирующих факторов, обусловленных хронически нерешенными жизненно важными проблемами, личность пациентов психотерапевта значительно деформировалась. Поэтому психотерапевт ориентирован на глубинный анализ причин проблемы, на работу с бессознательными процессами, на структурную перестройку личности пациента. Психологическое консультирование не претендует на такую глубину. Это работа с ситуационными проблемами, решаемыми на уровне сознания и возникающими у психически здоровых индивидов, в отличие от ориентации на глубинный анализ проблем и работу с бессознательным в психотерапии.

Психологическое консультирование предполагает большую субъект-субъективность, диалогичность общения психолога-консультанта и клиента, что в принципе мало возможно в случае психотерапии, когда терапевт работает с больным. В силу ситуационности проблем они могут и должны решаться на уровне сознания. Личность еще не успела значительно деформироваться, что позволяет наладить субъект-субъектное общение в силу сохраненной критичности.

С другой стороны, ориентация на решение ситуативной проблемы клиент определяет смещением фокуса анализа с глубин бессознательного и строения личности на закономерности межличностных отношений. Ю.Е. Алешина (1994) вообще предложила связать всю работу, осуществляемую в рамках психологического консультирования, с трудностями в межличностных

отношениях, поведением, адекватным ситуациям, и поведенческими навыками, способностью саморегуляции.

По сравнению с психотерапией психологическое консультирование - это, прежде всего превентивная, упреждающая работа, предотвращающая развитие нежелательных осложнений и девиаций.

Ориентация на работу с психически здоровыми людьми позволила выработать в рамках психологического консультирования особые методы работы, ориентированные на здоровые стороны личности, независимо от степени ее нарушения (Кочюнас, 1999). Эти методы основаны, прежде всего, на глубокой уверенности, что человек может измениться сам, сам выбрать удовлетворяющую его жизнь, находить способы использования своих задатков, даже если они невелики из-за неадекватных установок и чувств, замедленного созревания, культурной депривации, недостатка финансов, болезни, инвалидности, преклонного возраста. По этой причине для многих психологов-консультантов характерен отказ от концепции болезни и признание за человеком права на большую вариантность поведенческих реакций и психических состояний как здоровых, а не болезненных явлений.

Сохраняющаяся в случае психологического консультирования субъект-субъектность общения предполагает ориентацию на большую индивидуализацию и пробуждение внутренних ресурсов человека. Основной функцией психолога-консультанта является стимулирование собственных потенций клиента на борьбу с психологическими трудностями (например, путем предоставления клиенту необходимой психологической информации) и лишь за неимением личностных ресурсов - переход к коррекционной работе.

Поскольку круг проблем, решаемых в рамках психологического консультирования, намного более разнообразен, чем в случае психотерапии, психологическое консультирование допускает более широкий спектр разнообразных профессиональных моделей действий психолога-консультанта, чем какое-либо психотерапевтическое направление. К настоящему времени в нашей стране сложилось несколько достаточно самостоятельных подходов к тому, как осуществлять психологическое консультирование.

Флоренская Т.А. (1994) предлагает духовно-ориентированный подход к психологическому консультированию. В структуре личности она выделяет два образования: «эмпирическое обыденное Я» (отражает темперамент, характер человека, то в его личности, что связано с условиями, в которых он живет) и «духовное Я» (источник нравственной и творческой интуиции). Высшие проявления любви, готовность к самопожертвованию, способность к преодолению инстинкта самосохранения ради высшего смысла - проявления духовного Я человека. Духовное Я может не осознаваться или смутно осознаваться, но, даже будучи неосозанным, может руководить человеком, если его жизненные установки не противоречат вечным духовным ценностям. Духовное Я и эмпирическое обыденное Я нередко вступают в конфликт, следствием чего может быть вытеснение духовного Я из сознания, симптомы которого, томящие человека, - неудовлетворенность, бессмысленность

существования, нежелание жить. В таком случае перед психологом стоит задача помочь клиенту осознать реальность его духовного Я.

Духовное Я как бы стоит выше эмпирического обыденного Я. Их формой сосуществования является внутренний диалог. Психолог, услышав в высказываниях клиента внутренний диалог, встает на позицию духовного Я клиента, выражая ситуацию на его языке. Катарсис личности - встреча со своим внутренним духовным Я, его принятие и признание клиентом - «сверхзадача» диалога.

А.Ф. Копьев (1991, 1992) предлагает диалогический подход, целью которого является момент самообнаружения личности в процессе искреннего обсуждения значимых проблем, которое становится исследовательским полем, позволяющим прикоснуться к наиболее глубинным и интимным закономерностям внутренней жизни и межличностного общения. Ключевым событием консультирования является момент «диалогического прорыва», в который происходит преодоление болезненной самозамкнутости личности в отношении существенных сторон бытия. Страх самораскрытия, стремление к сохранению статус-кво толкуются как болезненные явления, а диалогическая обращенность, способность к изменению как здоровые творческие силы. Психолог, будучи готовым к диалогу, побуждает к нему клиента, но подразумевается, что вхождение в диалог и избегание его - результат определенного нравственного выбора, в котором клиент свободен и автономен - это его суверенная «территория». А.Ф. Копьев (1992) описывает несколько типов ситуаций, когда подлинные обстоятельства жизни клиента, его поступки, мысли, подлинные чувства оказываются «зашумленными», наличное поведение становится эффективным средством вывести себя из зоны действия нравственных категорий: психологическая интоксикация, эстетизация личностных проблем, манипуляция-пристрастие. Во всех этих ситуациях серьезность клиента в намерении решать свои проблемы и обсуждать их с консультантом блокирована. Даются рекомендации по прорыву этой блокады в направлении к подлинному диалогу.

П.П. Горностай и С.В. Васьковская (1995) называют свой подход проблемным. Человек, имеющий психологические трудности, преимущественно концентрирует свои усилия в плоскости эмоционально насыщенных образов и переживаний. Психолог переводит эмоционально сфокусированные проблемы в плоскость проблемной сфокусированности. Проблемы клиента рассматриваются не как помеха, а как движущие силы его развития. В результате преодоления проблем человек обогащает свой опыт, гармонизирует свою жизнь, накапливает арсенал средств самостоятельного решения проблем.

С.А. Капустин (1993) видит основную цель консультирования в разрушении полярности оценочной позиции клиента. Эта полярность оценочной позиции означает, что человек признает для себя реализацию только каких-то одних жизненных требований и обесценивает реализацию противоположных. Она чаще всего бывает навязана человеку его социальным окружением, а не является результатом его свободного самоопределения. Психолог должен помочь клиенту осознать противоречивую целевую заданность его жизни, но сделать

выбор за клиента он не может, таким образом, психологическое консультирование ограничено волей и желанием клиента. Клиенту нелегко отречься от того, что давало ему ощущение осмысленности существования, признать собственную вину за трагичные события и конфликты, принять груз ответственности за решение своих проблем в будущем, что предполагает трату усилий, времени. После разрушения полярности оценочной позиции клиент стоит в ситуации противоречивого выбора: начать решать проблему или жить, как раньше. И то, и другое болезненно. Эта ситуация неопределенности выбора длится от нескольких секунд до нескольких дней и говорит о том, что удалось сделать деполяризованной оценочную позицию клиента. Это состояние сильного душевного потрясения, которое проявляется в следующих эмоциональных реакциях: растерянность, вина, агрессия, раскаяние, уязвленное самолюбие, отчаяние, надежда. Речь становится сбивчивой. Это и состояние задумчивости, размышления над проблемой. Это также и состояние конфронтации с консультантом, проявлением чего могут быть попытки его дискредитировать. Достижение ситуации неопределенности выбора само по себе рассматривается как показатель качества работы - клиенту дан шанс, который он сейчас или со временем может использовать.

А.В. Юпитов (1995) при психологическом консультировании студентов вуза считает незаменимой методику воздействия на сферу ценностно-смысловых ориентаций личности, опосредования текущих инструментальных действий в разных ситуациях в опоре на ведущие ценности личности и коррекцию текущего поведения в соответствии с этими ценностями.

Ю.В. Меновщиков (1998) рассматривает психологическое консультирование как решение задачи, ориентированной на мышление. Б.М. Мастеров (1998) делает упор на оптимизацию включенности клиента в ситуацию «здесь и теперь», реконструкцию психологом для себя «из чего состоит и как устроен мир клиента» через его семантические категории и фасилитацию активности клиента «внутри» реконструированной реальности.

Ю.Е. Алешина (1993) делает упор на анализ эмоциональных переживаний клиента и его реального поведения в связи с этими переживаниями, которое усугубляет проблемы клиента. Клиент должен понять свои цели и потребности (любовь, власть, понимание) и оценить степень адекватности средств, избираемых для удовлетворения этих потребностей, при необходимости выбрать другие, более адекватные.

Таким образом, мы видим, что психологическое консультирование к концу XX века стало самостоятельным видом психологической помощи, чей методологический аппарат, по крайней мере, в нашей стране, достаточно сильно отличается от методологического аппарата западных психотерапевтических школ. Оно интенсивно развивается и порождает широкий спектр моделей деятельности психолога в нашей стране, которые не сводимы в своем большинстве к психотерапевтическим школам Запада, и наиболее частыми по обращаемости клиентами являются дезадаптированные дети и подростки, и их родители, так называемые дети и семьи группы риска.

Психосоциальное консультирование

В последнее десятилетие идея интеграции все настойчивее звучит как в профессиональном сообществе практических психологов, так и в среде социальных работников. Специалисты понимают: повысить эффективность помощи людям возможно лишь творчески синтезируя элементы основных психотерапевтических и социальных технологий. Если К. Роджерс в 60-х годах призывал использовать при оказании психологической помощи не прямое воздействие, или «средовой» подход, то сегодня речь идет о социально-психологической помощи, ***психосоциальной работе, психосоциальном консультировании***. Отмечается, что консультанту не следует ограничиваться традиционным взаимодействием «лицом к лицу», - необходимо, чтобы он хотел и умел работать в направлении системных изменений, включаясь при этом в «системы» и «властные структуры».

Мощная тенденция к интеграции практической психологии и социальной работы наблюдается как на методологическом, так и на инструментальном уровне. Так, в практике психологического консультирования все большее распространение получает *концепция активизации клиента*, широко применяемая в социальной работе для развития способности клиента контролировать собственную жизнь и отстаивать свои права. Консультант (будь он психологом или социальным работником) не только помогает клиенту в поиске собственных ресурсов, но и учит его находить и использовать ресурсы поддержки со стороны окружающего мира (семьи, друзей, социальных служб, добровольческих и религиозных организаций и пр.). Так, используя местные и сетевые ресурсы, психолог-консультант достигает одну из двух крупных целей: помочь клиенту познакомиться с новыми альтернативами поведения, стиля жизни, взаимоотношений, действий; или посредством местных и сетевых ресурсов включить клиента в те виды деятельности, которые повышают его самооценку.

Еще более ярко тенденция к интеграции прослеживается в социальной работе, центральная задача которой - содействие оптимальной адаптации людей, семей и групп населения к социальной среде и, в частности, к своему окружению (М. Ричмонд, Х. Хаминтон и др.). Одно из центральных понятий - «личность в ситуации» - предписывает рассматривать личность, ситуацию и взаимодействие между личностью и ситуацией (Х. Хаминтон). Результат интегративных процессов в теории и практике социальной работы и психологии - появление «психосоциальной терапии» - подхода, в фокусе внимания которого находятся не только внутренние психические процессы личности, но и проблемы социальных отношений клиента. Таким образом, психосоциальный подход позволяет работать не с изолированной личностью, а с человеком в контексте его взаимоотношений с окружающим миром. Он требует от специалиста помогающей профессии, будь то психолог или социальный работник, *целостного* понимания «человека в ситуации» и направляет его на работу не только с проблемой, но и с личностью, считают американские специалисты Т. Гордон и Н. Барг.

Сегодня специалисты единодушны: применение либо чисто социальных, либо чисто психологических методов и методик резко снижает эффективность оказываемой человеку помощи, особенно если консультант имеет дело с социально дезадаптированными, девиантными личностями. Если же они совмещаются, то это помогает человеку преодолеть психологический дискомфорт либо последствия психотравмы (потеря близких, хронические заболевания или инвалидность, потеря работы, ухудшившиеся материально-бытовые условия и пр.). Без специальной социально-психологической подготовки социальному работнику трудно работать с семьей, особенно если в ней есть ребенок с ограниченными возможностями или человек с аддиктивным поведением. Социально-психологическая подготовка нужна и при работе в конфликтных ситуациях, когда желания или поведение родителей противоречат благополучию ребенка или когда недееспособному взрослому необходима гораздо большая забота, чем та, которую он получает от родственников.

Для оказания эффективной помощи и удовлетворительного разрешения этически и психологически затруднительных ситуаций социальному работнику необходимо овладеть сложными консультативными навыками и умениями. Ведь в ситуациях социальной помощи ведущую роль часто играет психологическая составляющая. Так Линде Н.Д. отмечает, что если у клиента не решены психологические проблемы, оказываемая ему социальная помощь «проваливается как в бездонную бочку», а Вудменси (С. Woodmansey) сетует, что оказание социальных услуг нередко носит «индустриальный» характер: бюрократические процедуры и формальный инструктаж отпугивает многих клиентов, особенно тревожных, подозрительных или агрессивных по отношению «вмешивающихся в их жизнь» социальных работников. Для подобных людей необходима недирективная помощь, для оказания которой социальному работнику крайне важно владеть психологическими методиками оказания помощи, в частности консультативными навыками. Практика использования психологических методик в социальной работе уже имеется. Так, в социальной работе с семьей широко используются методология и инструментарий системной семейной психотерапии; используются психологические методики при работе с горем при смерти близких.

В целом социальная работа сегодня понимается как взаимоотношение между социальными работниками и клиентами, в рамках которого первые помогают вторым лучше понять свои проблемы и собственные способности к изменениям, а в случае необходимости используют социальные ресурсы для обеспечения процесса изменения. Основная цель психосоциального подхода - поддерживать равновесие между внутренней психической жизнью человека и межсистемными отношениями, влияющими на его жизнедеятельность. При психосоциальном подходе оптимистически рассматриваются возможности человека, высоко оцениваются потенциал личности и ее способности к росту и развитию при наличии соответствующих условий, ресурсов и помощи. Суть помощи - эффективное участие в решении психологических, межличностных и социальных проблем «личности в ситуации». Психосоциальный подход направлен на снижение уровня стресса и устранение внутреннего или внешнего

конфликта в рамках проблемной ситуации посредством длительных поддерживающих и обучающих отношений.

Психосоциальное воздействие начинается со сложной и многоплановой оценки и диагностики ситуации. Для ее проведения требуются многосторонние знания и умения, позволяющие понять особенности личности клиента, его ценностные ориентации, прошлый опыт, особенности семьи и внесемейного окружения, содержание запроса на помощь. Само *вмешательство* может включать в себя работу не только непосредственно с клиентом, но и с другими референтными людьми, специалистами, социальными системами. В рамках своей профессиональной деятельности практический социальный работник может выполнять функции консультанта, помощника, переводчика, посредника, адвоката, брокера, наставника и др., но все приведет к успеху лишь при активном участии клиента.

Начиная с 70-х гг., многие методологи практической «социальной работы со случаем» стали говорить о необходимости перейти от ориентации на потребности клиента к ориентации на решение его проблем. Речь идет не о приспособлении или адаптации, а о том, чтобы помочь клиенту или семье более эффективно и удовлетворительно справляться с теми или иными проблемами жизнедеятельности или межличностных отношений. Именно в это время появился так называемый «проблемно-ориентированный подход», в рамках которого оказываемая помощь непосредственно связана с проблемами клиентов и их осознанным отношением к ним.

Изменение подхода к социальной работе и трансформация ее в психосоциальную находят отражение в требованиях к социальному работнику. Так, Британский центральный совет по подготовке социальных работников требует от него, в числе прочего, знать и понимать цели, методы и теории для следующих видов практики: консультирование, защита прав и интересов клиента, ведение переговоров, вмешательство в ситуациях кризиса, семейная терапия, социальное образование.

Среди межличностных навыков и умений такого специалиста важное место должны занять способности выстраивать и поддерживать деловые/рабочие взаимоотношения; работать с чувствами и осознавать их влияние на себя и других людей; работать с агрессией, враждебностью и гневом, отчетливо осознавая риск для себя и других; выявлять, понимать и интерпретировать поведение и установки.

В отечественной практике социальной работы идея синтеза психологического и социального прослеживается на всех уровнях - в формулировках целей и задач социальной помощи населению, в квалификационных требованиях, в государственных образовательных стандартах подготовки специалистов по социальной работе. Соответственно, интегративный подход фактически заложен и в нормативных документах о деятельности социальных служб и должностных обязанностях социальных работников. Так, в них фигурируют такие виды деятельности, как оказание гражданам квалифицированной социально-психологической помощи, в частности, осуществление консультирования; помощь клиентам в конфликтных и

психотравмирующих ситуациях; расширение у клиентов диапазона социально и личностно приемлемых средств для самостоятельного решения возникающих проблем и преодоления имеющихся трудностей; помощь клиентам в актуализации их творческих, интеллектуальных, личностных, духовных и физических ресурсов для выхода из кризисного состояния; стимулирование самоуважения клиентов и их уверенности в себе и др.

Очевидно, что психосоциальный подход на практике должен реализовываться в рамках конкретных технологий, методов и методик. Одной из наиболее распространенных в зарубежной практике методик является *ведение случая командой специалистов*. Существуют *три основные модели командной работы со случаем*: мультидисциплинарная, междисциплинарная и трансдисциплинарная.

Наиболее традиционна *мультидисциплинарная команда*. Она представляет собой группу независимых экспертов из различных дисциплинарных областей, где каждый специалист имеет свой отдельный план работы и выполняет конкретные задания. Организационным недостатком такой команды является низкий уровень координации работы экспертов.

Междисциплинарная команда характеризуется более высоким уровнем согласованности действий экспертов: и обсуждение случаев, и встречи с клиентами, и определение плана работы осуществляются здесь коллективно.

Новейшим направлением командной работы со случаем является *трансдисциплинарный подход*, в рамках которого осуществляется обмен информацией, профессиональными знаниями и навыками между представителями различных дисциплин. Он предполагает формирование у экспертов - членов команды профессионального универсализма, который делает возможной их взаимозаменяемость. Это позволяет клиенту не встречаться со множеством экспертов, а постоянно взаимодействовать с одним человеком, которого команда выделяет для работы со случаем.

И все же, «командная деятельность» - это завтрашний день социальной работы, так как она сложна с организационной точки зрения и к тому же дорогостояща. На сегодняшний день альтернативой может стать психосоциальное консультирование, предполагающее синтез психологической и социальной работы. Такой подход позволяет снять многие противоречия, которые возникают в социальной работе. Снимается противоречие «консультант или советчик?». Социальный работник может осуществлять консультирование и в то же время давать клиенту советы. Вместо дилеммы «непосредственное воздействие на клиента при помощи консультативных умений или же опосредованное воздействие на ситуацию клиента через окружающую среду» социальный работник совмещает эти виды воздействий (особенно работая в области образования, здравоохранения или с семьями). Если же говорить о широко обсуждаемой сегодня проблеме, «кто он, социальный работник: помощник или представитель социального контроля?», то вторая роль также имеет место, но лишь в строго ограниченных ситуациях (в случаях родительского пренебрежения и насилия над детьми).

Нередко задают вопрос: «социальный работник - это консультант или социальный реформатор?». Думается, уместно вспомнить, что за рубежом социальных работников нередко называют «сандвичами». Они - посредники, профессионалы, находящиеся между социально незащищенными, уязвимыми людьми и «власть предержащими»: администраторами и политиками. При необходимости социальные работники воздействуют на местные органы власти и таким образом помогают клиентским группам более активно и эффективно влиять на местные политические и общественные процессы. Конечно, решение этих дилемм на практике зависит от множества факторов: типа случая, особенностей клиента, статуса социального работника.

Подведем некоторые итоги. Психосоциальное консультирование - это вид профессиональной помогающей деятельности, который включает в себя базовые ценности, принципы, объекты, цели и задачи как консультирования (особенно психологического), так и практической социальной работы (ведения случая). С точки зрения параметров воздействия психологическое консультирование уже и глубже: объектом является личность/семейная система, используются личностные/семейные ресурсы с целью помощи клиенту посредством фасилитации личностного роста, оптимизации психоэмоциональных состояний и межличностных отношений. Психосоциальное консультирование поверхностнее и шире: воздействие направлено не только на личность клиента, но и на его мезо- и микросоциальное окружение. Иначе говоря, *психосоциальное консультирование имеет место тогда, когда оказываемая клиентам помощь предполагает использование как личностных, так и социальных ресурсов.*

Понимание этого важно как для повышения эффективности социально-психологической помощи, так и для эффективной подготовки и переподготовки социальных работников.

Базовые методика консультирования

Переходя к разговору о практике консультирования, можно выделить два ее основных аспекта: *собственно воздействие*, требующее специфических навыков и умений, и *отношения помощи*, на фоне которых это воздействие происходит. Владеть базовыми приемами построения отношений и воздействия необходимо каждому специалисту Центра.

Для несведущего стороннего наблюдателя консультативная беседа мало чем отличается от обычного разговора двух людей о жизни и смерти, любви и соперничестве, страданиях и непонимании, конфликтных ситуациях. Однако не стоит обманываться: ткань этой беседы тщательно продумана и соткана из целой системы вполне определенных приемов или микротехник консультирования. Эти приемы веками вырабатывались в гуманистически ориентированной педагогической практике, управленческой деятельности и обыденном общении. Предлагаемые методики могут стать практическим руководством для тех, кто стремится овладеть базовыми навыками консультативной беседы.

Принятие. Человек, обратившийся за помощью, как правило, пребывает в состоянии растерянности, безысходности, тупика горьких мыслей и переживаний. Выйти из этого тяжелого состояния он сможет лишь в том случае,

если почувствует, что его не осуждают, не считают виноватым, не смотрят на него свысока, а принимают таким, какой он есть. Вот как пишет об этом американский психолог Т. Гордон: «Это один из самых простых, но сильных парадоксов жизни, - человек чувствует, что другой искренне принимает его, и начинает думать о том, что стоит измениться. Появляется желание расти, стать другим... Принятие - это почва, на которой вырастают и крепнут побеги человеческих возможностей». «Язык» принятия помогает клиенту стать открытым, разделить свои чувства и проблемы с консультантом. Секрет успешных психологов-консультантов в том, что они умеют внушить людям, которые к ним приходят за помощью, что искренне их принимают и верят, что им под силу справиться с жизненными трудностями.

Помочь человеку почувствовать себя принимаемым можно, даже если просто внимательно слушать его. Это побуждает встревоженного человека говорить о том, что его беспокоит, смягчает его отрицательные эмоции (тревогу, страх, раздражение), усиливает проникновение в более глубокие чувства и сообщает ему: «Тебя принимают таким, какой ты есть, со всеми твоими проблемами...». Можно сказать, что *слушание является краеугольным камнем консультационного процесса*, помогает установить доверие между его участниками и стимулировать активность клиента.

Т. Гордон выделяет четыре различных варианта слушания, которые на первых порах дают психологу-консультанту возможность помочь человеку, имеющему проблемы. Познакомимся с этими вариантами более подробно.

Пассивное или нерефлексивное слушание - это, по существу, тишина, молчание, но не простое, а «внимающее», когда все внимание консультанта направлено на клиента. В зависимости от ситуации консультант может выражать понимание, поддержку или одобрение короткими фразами или междометиями («угу», «да», «ага», «конечно» и т. п.), кивком головы и другими невербальными средствами (жестами, мимикой, взглядом).

Реакции признания, подтверждения. Этот прием особенно хорош в паузах. Консультант использует вербальные и невербальные знаки, реплики и намеки, которые означают, что он действительно настроен на волну говорящего. Кивание головой, наклон вперед, улыбка, нахмуривание являются откликом на то, что говорит клиент, дают ему понять, что его действительно слушают. Вербальные реплики («Угу», «О-о», «Я понимаю») также сообщают, что консультант внимателен, заинтересован и сопровождает человека в процессе самораскрытия, а значит, можно продолжать беседу и быть более откровенным.

«Открывание дверей». Так принято называть дополнительные поощрения, которые нужны для того, чтобы помочь пришедшему на консультацию человеку начать говорить или стать более открытым. Вот несколько примеров: «Не хотите ли вы более подробно рассказать об этом?», «Это интересно... Вы хотели бы продолжить?», «Похоже, это глубоко затронуло ваши чувства...». Все эти реплики являются открытыми вопросами или утверждениями. Они не содержат в себе оценки того, о чем говорится.

До сих пор мы говорили об относительно пассивных приемах слушания. Они более всего подходят к напряженным ситуациям. Люди, переживающие

жизненный кризис, ищут в консультанте на начальной стадии работы «зеркало», «резонатора», а не советчика, - ведь им важно быть услышанными и понятыми. Когда же эта задача решена и клиент уже стремится разрешить свою проблему, необходимы другие приемы слушания.

Активное или рефлексивное слушание помогает понять, что стоит за тем или иным высказыванием человека. Когда консультант слушает клиента активно, он занимается анализом его забот, затруднений, чувств, расшифровывает смыслы его сообщений, выявляет их реальное значение. Кратко охарактеризуем те его *приемы*, которыми необходимо овладеть консультанту.

Выяснение. Это обращение к говорящему за уточнением: «Правильно ли я понял, что ваша главная трудность состоит именно в этом?», «К сожалению, я не совсем понимаю, что вы имеете в виду...», «Вы именно так думаете?» и т. п. Даже если вам все представляется понятным, не поленитесь уточнить свое понимание, обратившись к клиенту. Ведь он - лучший эксперт по своим собственным проблемам.

Перефразирование состоит в том, что консультант выражает мысль клиента или его чувства другими словами, как бы уточняя смысл сказанного и степень своего понимания. Фраза консультанта в этом случае может начинаться со слов: «Таким образом...», «Говоря другими словами...», «Если я правильно понял...», «По вашему мнению...», «Вы можете поправить меня, если я ошибаюсь, но из ваших слов я понял...» - и дальше своими словами консультант излагает суть проблемы человека и содержание его высказывания. Если клиент ответит «да», «угу» или что-либо подобное, значит предположение консультанта справедливо.

Отражение чувств. Этот прием порой называют «эмпатическим слушанием». Применяя его, консультант, по образному выражению Ф.Е. Василюка, «настроен на пеленг не рассказа о чувствах, а здесь и теперь испытываемое чувство рассказчика».

Схематически эту технику можно описать следующим образом: во время звучания речи клиента психолог всматривается в собеседника, вслушивается и вчувствуется в несказанную часть. Он стремится уловить звучащее в высказывании собеседника актуальное переживание и определить его, назвать его собеседнику. При этом вовсе не обязательно «попадать в десятку» - клиент, как правило, включается и дальше сам продолжает работу по наименованию, уточнению чувства и его осознанию. «Эмпатичный терапевт, - писал К. Роджерс, - проницательно угадывает смысл состояния, переживаемого пациентом в данный конкретный момент, и указывает на этот смысл, чтобы помочь пациенту сконцентрироваться на нем и побудить его к дальнейшему полному и беспрепятственному переживанию». Этот прием призван показать клиенту, что консультант его понимает, но не только это - он также помогает клиенту осознать собственные чувства. Вступительные фразы консультанта могут быть такими: «Мне кажется, что вы чувствуете...», «То есть вы испытываете чувство...», «Вы, кажется, раздражены...» и др.

Резюмирование используется в продолжительных беседах, чтобы привести фрагменты разговора в смысловое единство и подытожить основные идеи и чувства говорящего. Это можно сделать с помощью таких фраз: «Как я понимаю,

вашей основной идеей является...», «Если теперь подытожить сказанное вами...» и др.

Если консультант освоит методы наблюдения и выслушивания и научится понимать клиента, то у него появится прочный фундамент для построения консультативного процесса.

Методы психологического воздействия. Методы воздействия в различных психологических подходах отличаются друг от друга гораздо сильнее, чем приемы слушания, однако все же можно выделить наиболее типичные из них.

Интерпретация задает новые рамки, в которых клиент иначе может взглянуть на свою жизненную ситуацию. Интерпретация консультанта может основываться как на теории, так и на собственном опыте. Ее можно рассматривать как сердцевину методов воздействия. Интерпретация дает клиенту четко очерченное альтернативное восприятие реальности, которое способствует трансформации взглядов, что, в свою очередь, может изменить чувства, мысли, настроение и поведение.

Директива (указание) говорит клиенту, какое действие предпринять. Это может быть просто пожелание или хитроумная техника из какой-нибудь теории. Важно одно: чтобы директива ясно показывала клиенту, каких действий ожидает от него консультант.

Совет /информация дает пожелания, общие идеи, домашнее задание, совет о том, как действовать, думать, вести себя. Умеренно используемые советы вполне могут дать клиенту полезную информацию.

Самораскрытие происходит тогда, когда консультант делится личным опытом и переживаниями либо разделяет чувства клиента. Этот метод тесно связан с приемом обратной связи, построен на «Я-сообщениях» психолога, способствует установлению контакта, возникновению чувства разделенного взаимопонимания и доверия.

Обратная связь дает возможность клиенту понять, как его воспринимает консультант, а также окружающие («Вы представляетесь мне человеком...»; «Сейчас, когда вы строите новые планы, я вижу, как вы изменились со времени нашей первой встречи...»). Обратная связь дает конкретные данные, которые помогают клиенту осознать, как другие воспринимают его поведение и стиль мышления. Корректно и бережно проведенная обратная связь предполагает возможность «увидеть, как человек отражается в зеркале другого человека», что, в конце концов, создает возможность иного самовосприятия.

Конфронтация - более активное отношение. Здесь консультант сосредоточивается на том, что можно и необходимо изменить, чтобы дальнейшее развитие клиента стало возможным. Этот непростой и зачастую болезненный прием подводит человека к тому, чтобы он увидел те стороны жизненной ситуации или своей личности, которые до сих пор им не осознавались; обращает его внимание на противоречия, которые необходимо разрешить для выхода из кризисной ситуации.

Вот некоторые примеры конфронтации:

- помочь человеку увидеть, как он сам принимает участие в том, чтобы стать «жертвой»;

- показать ложность каких-то представлений или мыслей, которые клиент до этого момента считал истинными;
- определить инфантильные стороны поведения клиента и отношений, в которые он вступает;
- выявить стереотипы поведения клиента, которые мешают наладить отношения с людьми или добиться успеха;
- выразить предположение, что подобные механизмы устарели и не способны принести успех.

Чтобы конфронтация была эффективна, она должна применяться лишь тогда, когда между консультантом и психологом уже установились доверительные отношения.

Логическая последовательность (схематически этот прием можно представить формулой «если..., то ...») объясняет клиенту логические следствия его поведения и мышления и тем самым помогает изменить точку отсчета, а также научиться предвидеть результаты своих действий.

Воздействующее резюме чаще всего используется в конце беседы, чтобы суммировать суждения консультанта. Как правило, воздействующее резюме комбинируется с выводами и резюмирующими высказываниями клиента. Этот прием помогает прояснить, какой путь пройден за время консультации, чего консультант и клиент добились во время беседы и подвести ее итог. Есть у этого приема и еще одна важная функция: он помогает клиенту перенести обобщения, новые выводы и решения в реальную жизнь.

Следует подчеркнуть, что эти приемы психологического воздействия, наиболее часто употребляемые в процессе консультирования, используются в различных направлениях психологической практики и социальной работы. И все же, выбирая тот или иной прием, консультанту следует учитывать свои особенности, возможности, особенности личности клиента, а также специфику выбранной стратегии консультирования и задачи конкретного этапа работы с клиентом. Так, если сравнить клиент-центрированный (К. Роджерс) и гештальт-ориентированный (Ф. Перлз) подходы, то нетрудно заметить, что в первом по преимуществу используются методы внимания и выслушивания, а во втором - методы воздействия: директива, обратная связь, интерпретация. Если в клиент-центрированной терапии все строится на эмпатии, положительном отношении к клиенту, то Ф. Перлз предлагает вести сеанс несколько отчужденно.

И хотя оба этих подхода гуманны и ориентированы на обеспечение искренних и доверительных отношений с клиентом, К. Роджерс советует терпеливо дожидаться установления помогающих отношений и личностных изменений в клиенте, а Ф. Перлз считает, что в ряде случаев можно требовать и добиваться от клиента таких отношений и личностных изменений. Оба подхода объединяет то, что они апеллируют к индивидуальности, однако при клиент-центрированном подходе больше внимания уделяется гармонизации отношений клиента с собой и другими, а в гештальт-терапии акцент ставится на утверждении ответственности человека за свою собственную судьбу. Отсюда и различие методик, используемых в данных подходах.

Социальному работнику и психологу Центра следует синтезировать эти методы и приемы. К примеру, на начальном этапе оказания социально-психологической помощи более уместны методики эмпатического слушания (К. Роджерс), а на более поздних - конфронтационные методики Ф. Перлза. Дополняя друг друга, различные методики помогают достичь целостного, а посему и более продуктивного эффекта воздействия на личность.

Ключевые понятия: психологическое консультирование, консультативная психология, психосоциальное консультирование, психокоррекция, психотерапия.

Вопросы для самопроверки

1. История появления консультативной психологии.
2. Отличие психологического консультирования от психокоррекции.
3. Цели психологического консультирования в концепциях ведущих ученых.
4. Базовые методики консультирования.
5. Приемы психологического воздействия в психологическом консультировании.

Тема №4

Социально-психологический тренинг - цели, задачи, классификация

Тренинги - интенсивные краткосрочные обучающие занятия, направленные на создание, развитие и систематизацию определенных навыков, необходимых для выполнения конкретных личностных, учебных или профессиональных задач, в сочетании с усилением мотивации личности относительно совершенствования работы.

Тренинг представляет собой наиболее целенаправленное и экономически выгодное вложение в личность, поскольку в процессе тренинга отрабатываются лишь те навыки, которые необходимы человеку для достижения конкретных целей.

В тренинге сочетаются различные формы обучения - лекции, разбор ситуаций, деловые игры, упражнения на отработку необходимых навыков, нацеленные на решение конкретных проблем участника.

Сочетание различных форм обучения способствует тому, что материалы тренинга усваиваются намного эффективнее, чем на традиционных занятиях.

Видеозапись деловых игр и аудиозапись упражнений позволяют проанализировать реальные результаты, помогают участникам увидеть себя со стороны, откорректировать свои ошибки, закрепить положительные достижения.

На тренинге происходит сплочение команды, поднимается командный дух.

Участники получают полный комплект материалов тренинга, что позволит им через какое-то время освежить в памяти усвоенные знания и вернуться к приобретенным навыкам, чтобы проконтролировать их применение.

Социально-психологический тренинг (СПТ) - один из видов активного обучения, в котором общий для всех этих методов принцип активности обучаемого дополняется принципом рефлексии над собственным поведением (в

широком смысле слова) и поведением других участников группы. Для такой рефлексии и саморефлексии в группе создаются максимально благоприятные условия в виде возможности получить обратную связь на поведение каждого участника от тренера, членов группы, просмотра видеоматериала.

Тренинговое обучение позволяет активизировать, скорректировать навыки общения профессиональных коммуникаторов, расширить их поведенческий репертуар, дает ориентиры возможного поиска эффективного взаимодействия партнеров. Работа над коррекцией своих коммуникативных навыков и, в конечном счете, достижение личностного роста - не одноразовое мероприятие, а продолжительный и постоянный процесс обучения и самопознания. Такое обучение можно реализовать в условиях: 1) вуза или среднего специального заведения (на дневных отделениях); 2) на долгосрочных курсах (как, например, на 9-месячных курсах переподготовки по специальности); 3) на краткосрочных, но постоянно действующих курсах повышения квалификации профессиональных коммуникаторов.

Перед тем как перейти к изложению схемы тренингового обучения, рассмотрим основные задачи, решаемые в ходе СПТ. Их, можно разделить на 5 групп.

1. Приобретение психологических знаний - взглядов различных психологических школ на личность человека и процесс взаимодействия людей, движущие пружины этого взаимодействия и приемы эффективного общения.
2. Приобретение внешне выражаемых умений и навыков общения - в парном взаимодействии, в составе группы, при вступлении в контакт, при активном слушании и т.п. - то есть тактик общения.
3. Коррекция (развитие, формирование) коммуникативных установок, таких, как: *партнерство - позиция силы, искренность - манипуляция, вовлеченность - избегание общения, настойчивость - соглашательство, то есть стратегий общения.*
4. Адекватное восприятие себя, других, ситуаций общения.
5. Развитие, коррекция личности, ее глубинных образований, решение личностных, экзистенциальных проблем.

Перечисленные задачи отражают основную составляющую деятельности профессионального коммуникатора - ее психологический, коммуникативный аспект. Атмосфера психологической безопасности и комфорта, создающаяся в ходе тренинга, позволяет участникам проявить набор поведенческих и эмоциональных стереотипов и, получив обратную связь на свое поведение, осознать вероятные ошибки во взаимодействии с людьми, возможность других, более продуктивных подходов в общении, приобрести новые навыки взаимодействия.

Каждый из тренингов в той или иной мере решает все перечисленные задачи, и эта мера зависит не только от тренинга, но и от мотивации, целей, личных проблем участников группы. Тем не менее, по преобладающей направленности тренинги можно разделить на следующие группы.

1. Тренинги развития коммуникативных умений и навыков, на них решаются в

основном вторая и третья из перечисленных задач.

2. Тренинги личностного роста, для которых главной является пятая задача.

Первая и четвертая задачи - сквозные для обеих групп тренингов.

3. Особую группу составляют методические тренинги, в ходе которых участники СПТ обучаются методикам проведения различных, в том числе и психотерапевтических процедур.

Разделив тренинги, предлагаемые для обучения социальных работников, на три группы кратко охарактеризуем каждую из них.

I. Тренинги развития коммуникативных умений

1. Базовый тренинг (тренинг партнерства).

Основные задачи:

- формирование партнерской установки в общении (быть на равных с партнером, не ущемляя его и свои права и признавая его право на автономию, непохожесть на себя);
- техники установления и поддержания контакта;
- техники ведения беседы, дискуссии;
- регуляция эмоционального напряжения в конфликте;
- коллективное решение задач;
- публичное выступление и пр.

Тренинг является начальным для всей предлагаемой системы тренингов в системе подготовки коммуникаторов.

Продолжительность 3 - 5 дней, группа 10-12 человек.

2. Тренинг ведения переговоров.

Логическое продолжение базового тренинга при более сложных ситуациях группового взаимодействия договаривающихся сторон, имеющих несовпадающие, противоречивые интересы. Несовпадение интересов является источником конфликта, который может быть разрешен с помощью переговоров.

Основные задачи:

- тактика подготовки к предстоящим переговорам;
- ориентация в позициях и интересах другой стороны;
- выбор стратегии и тактики переговоров;
- поиск компромисса;
- индивидуальный стиль человека, ведущего переговоры, его социальная чувствительность и др.

Продолжительность 3-5 дней, группа 10-12 человек.

3. Тренинг уверенности, настойчивости (ассертивности).

Основные задачи:

- создание установки на открытое выражение своих чувств без ущемления прав партнера;
- техника ассертивного поведения;

- гибкая (нарастающая) напористость и др.
Продолжительность 3-5 дней, группа 10-12 человек.

4. Тренинг принятия и реализации решений стратегического значения в условиях неопределенности, конкуренции и риска.

Основные задачи:

- повышение успешности анализа ситуации, выделение существенной, противоречивой и ложной информации;
- умение структурировать нечетко определенные задачи;
- способность прогнозировать последствия принимаемых решений;
- эмоциональность, устойчивость в условиях дефицита времени и конкуренции;
- расширение репертуара управленческого стиля;
- коррекция «личностных барьеров», мешающих эффективному принятию решений;
- стратегии разрешения конфликтных ситуаций и др. Продолжительность 3-5 дней, группа 10-12 человек. К рассматриваемой группе тренингов относятся и тренинги коммуникативных умений, разработанные для конкретных профессиональных групп, например для руководителей, организаторов, менеджеров.

5. Общеменеджерский тренинг

(базовый игровой тренинг для менеджеров, руководителей).

Основные задачи:

- особенности лидерских качеств, мотивации;
- стиль руководства;
- стадия развития организации и стратегия управления;
- распределение ответственности;
- time-менеджмент и др.

Продолжительность 30-40 часов, группа 10-12 человек.

6. Тренинг навыков работы с клиентом, потребителем.

Основные задачи:

- техника работы с клиентом;
- Я - как представитель организации;
- психология потребителя;
- специфика работы с клиентом в условиях сервиса, социальной помощи, бизнеса, маркетинга и др.

Продолжительность 30-40 часов, группа 10-12 человек.

7. Тренинг проведения опросов и собеседований.

Основные задачи:

- техника проведения различного рода опросов, собеседований, интервью, консультаций;

- техника сбора информации;
- маркетинговые исследования;
- техника установления контакта с контрагентами и др. Продолжительность 30-40 часов, группа 10-12 человек.

8. Семинары-тренинги «Оптимизация управленческой деятельности».

Возможные темы:

- Стили лидерств, оптимизации, индивидуального стиля лидерства.
- Формирование команды.
- Управление конфликтом.
- Повышение эффективности управленческой деятельности в условиях нововведений, неопределенности.
- Стадии развития организации, критерии успешности стадий и др. Продолжительность 2-3 дня, группа до 25 человек.

II. Тренинги личностного роста

К этой группе тренингов, основная цель которых - коррекция, развитие личности, относятся тренинги, имеющие ярко выраженную «идеологическую» основу, конкретную схему психологического анализа личности. Основные из этих схем: психоаналитическая, гештальтская, транзактный анализ, психосинтез, нейролингвистическое программирование (НЛП).

1. Психодинамический (психоаналитический) тренинг.

Основные задачи:

- выявление защит, выстраиваемых участником группы на пути осознания и выражения своих чувств;
- осознание перекосов, затрудняющих для него адекватное восприятие других людей;
- осознание импульсов, лежащих в основе внешнего рационализируемого поведения.

Продолжительность 3-5 дней, группа 10-12 человек.

2. Гештальт-группа.

Основные задачи:

- адекватное восприятие себя, других;
- осознание различных зон нашего бытия - внешней, внутренней, средней (зоны фантазии) - и границ между ними;
- осознание границы нашего «Я» и внешнего окружения и механизмов нарушения ее адекватного восприятия.

Продолжительность 3-5 дней, группа 10-12 человек.

3. Группа транзактного анализа (ТА).

Основные задачи:

- анализ транзакций (элементарных взаимодействий двух людей);
- структурный анализ личности, ее ролей;

- анализ «игр» и других способов структурирования времени.

Продолжительность 3-5 дней, группа 10-12 человек.

4. Группа психосинтеза.

Основные задачи:

- осознание структур своей личности (субличностей);
- осознание противоречивых интересов отдельных структур личности;
- интеграция субличностей.

Продолжительность 3-5 дней, группа до 15 человек.

5. Группа НЛП

Основные задачи:

- Анализ характерных для индивида внутренних систем (способов) восприятия мира;
- методы «якорения» нужных позитивных состояний;
- изменение «личной истории».

Продолжительность 3-5 дней, группа до 15 человек.

III. Методические психотерапевтические тренинги

Из методических тренингов по отработке приемов, с помощью которых коммуникатор сможет оказывать психотерапевтическую помощь своим клиентам, следует упомянуть два направления, которые по сравнению с другими (с нашей точки зрения) наиболее подходят для обучения социальных работников ввиду их относительной простоты и высокой степени амортизации психотерапевтического процесса работы с клиентом.

1. Транзактный анализ.

Основные задачи этой группы - те же, что и вышеописанные задачи группы ТА, при более углубленной их проработке.

Продолжительность 3-5 дней, группа 10-12 человек.

2. Позитивная психотерапия.

Основная цель тренинга - дать в руки коммуникатора психотерапевтический инструмент по изменению точки зрения клиента, изменению, направленному на позитивную переинтерпретацию своей личной истории и ожиданий от будущего.

Прорабатываются основные понятия позитивной психотерапии:

- пятиступенчатый процесс взаимодействия с клиентом;
- актуальный и базовый конфликты;
- формы переработки конфликтов и др.

Продолжительность 5 дней, группа до 15 человек.

Приведенная система СПТ ввиду ее обширности, трудоемкости и временных затрат может рассматриваться как программа-максимум подготовки профессионального коммуникатора. Программа-минимум, включающая только

необходимый, с нашей точки зрения, набор тренингов, представляется следующей:

- базовый тренинг (тренинг партнерства);
- тренинг уверенного (ассертивного) поведения;
- участие в однодневных семинарах - в течение каждого семинара рассматривается одно из пяти упомянутых направлений современной психологии; цель таких семинаров - познакомить участников с азами психотерапевтической культуры, что облегчит им ориентацию в многообразии терапевтического опыта и позволит установить свое «средство» с тем или иным подходом; после этого - прохождение одного из тренингов личностного роста по выбору, сделанному после участия в семинарах;
- методические психотерапевтические тренинги, построенные на идеологии ТА и позитивной психотерапии.

Условия проведения тренингов

1. Тренинговая форма обучения требует от участников активности, вовлеченности, полного погружения в тренинговую ситуацию «здесь и теперь». Поэтому желательно проведение тренинга с отрывом от внешнего мира, например на загородной базе, обеспечение участников комфортными условиями проживания, питанием.

В условиях полного погружения ежедневная продолжительность тренинга - 12 часов, то есть весь день от подъема до отбоя. Без погружения ежедневная продолжительность занятий уменьшается в зависимости от целей и пожеланий заказчика.

2. Упомянутые тренинговые программы имеют модульный принцип построения. Поэтому программа тренинга может быть изменена и скомпонована в соответствии с пожеланиями заказчика.

Методические рекомендации по ведению групп социально-психологического тренинга

В современных социально-экономических условиях, основной характеристикой которых является неопределенность, в сфере образования и воспитания требуется широкое внедрение в практику учебно-воспитательного процесса активных методов обучения.

Активные методы обучения развивают способность к социально-психологической адаптации - адаптивность. В названии этих методов подчеркивается, что в процессе обучения основной акцент делается на активность обучаемого. Необходимо, чтобы каждый обучаемый самостоятельно или с помощью преподавателя прошел, пережил, осмыслил все этапы познания определенным образом организованных условий, сам получил знания и сформировал коммуникационно-организационные навыки.

Исходя из этого, разработаны различные программы социально-психологического тренинга (СПТ), направленные на развитие навыков, умений выхода из трудных межличностных или профессиональных ситуаций, в форме тренинга ведения переговоров, развития гибкости мышления, повышения социально-психологической стрессоустойчивости, проведения эффективных групповых совещаний, разрешения межличностных и групповых конфликтных ситуаций, проведения деловых переговоров, принятия решения в условиях конкуренции или условиях мотивационного конфликта и т.д.

Однако ключевые моменты программы любого вида тренинга являются общими и в целом отражают основные закономерности развития или коррекции психики человека, определяемые общеизвестными критериями, которые имеют место и в других техниках и психотерапевтических школах, например такие, как:

1. Мы страдаем и осознаем это.
2. Мы понимаем, каковы причины нашего страдания.
3. Мы понимаем, что существует путь, ведущий к освобождению от наших страданий.
4. Мы осознаем, что для освобождения от наших страданий необходимо следовать определенным нормам и изменить существующий образ своей жизни или модели/стереотипы поведения.

При этом обычно следует учитывать, что между знанием человека и его умением эффективно использовать знания на практике для повышения эффективности собственной деятельности существует «пропасть», которую и позволяет заполнить «мостами» СПТ. Другими словами, получение новых знаний и переход от знаний к новым навыкам и формам коммуникативного поведения имеет свои закономерности, которые следует учитывать, особенно при оценке эффективности программы СПТ или социально-психологической коррекции в целом. В этом контексте обычно выделяют три этапа обученности:

1. Способность после прохождения курса СПТ повторять, имитировать новые способы коммуникативного поведения, в отличие от простого знания о них (например, почти 100% курящих знают о вреде курения, 99% пытались или пытаются бросить курить и только 15-20% начинают имитировать новые, «здоровые» навыки поведения).
2. Человек может не только имитировать новые формы поведения, но и использовать их в различных ситуациях по своему усмотрению в контексте различных новых, ситуаций, когда он может наполнять стереотипы поведения новыми личностными смыслами и социальными функциями, ценностями.
3. Человек становится способным находить, замечать «неправильности», ошибки, «неточности» в своем поведении и поведении окружающих людей, у человека появляется интуиция, «чутье», «вкус» к эффективным формам социально-психологического взаимодействия, что позволяет человеку самому создавать новые эффективные модели поведения (часто на бессознательно-интуитивном уровне, то есть у человека в целом появляется новый стиль социально-психологического поведения).

Динамика и личностная глубина прохождения всех этапов тренинга естественно опосредуется закономерностями динамики развития социально-

психологической структуры группы. А содержание этих этапов тренинга задается профессиональными потребностями конкретных участников группы, но основная задача ведущего тренера почти всегда одна и та же - создать условия и возможности для выполнения каждым членом группы всех необходимых этапов обучения.

Форма и личностная «глубина» прохождения этапов тренинга каждым участником всегда индивидуальны, в основном они определяются социально-психологическими качествами и мотивами вовлечения участников группы в тренинг.

Первый этап - осознание своего «страдания», неадекватности моделей своего поведения - является основным в контексте актуализации или развития у человека мотивации на вовлечение в групповые процессы СПТ. В этом контексте «осознание» есть переход от наиболее естественных реакций и повседневной формы поведения человека к рефлексивной, обьективированной, контролируемой сознанием форме поведения: человек видит, точнее, ему раскрывают причины «страдания», неадекватности (второй этап) и «видит» путь, ведущий к освобождению от них, который незаметно подсказывает ему группа, направляемая ведущим-тренером (третий этап).

Другими словами, в момент осознания человеком неадекватности своего поведения в естественных профессионально значимых ситуациях ему предлагают ориентировочные основы для формирования соответствующих форм действий и моделей эффективного поведения.

В зависимости от стиля руководителя группы СПТ степень «жесткости» предложения новых форм поведения может быть различной, но не доминантной: человеку нельзя «навязывать» определенную форму поведения, пусть даже самую адекватную для его профессиональной деятельности. Он должен выбрать свой стиль поведения сам, возможно, под давлением группы, но не тренера. Здесь, вероятно, более всего и проявляется профессионализм ведущего СПТ.

Основным средством закрепления новых профессионально адекватных форм поведения в СПТ являются ролевые игры, в процессе которых новые приемы межличностного взаимодействия автоматизируются и применяются все с меньшей степенью зависимости от сознания человека, то есть они становятся естественной формой поведения. Однако будет ли это естественным поведением манипулятора или актуализатора, пользуясь понятиями Э. Шострома, определяется психологическими установками тренера. То есть в зависимости от методов работы ведущего у членов группы может повышаться или понижаться потребность использовать механизмы психологической защиты.

В контексте изложенного любую групповую работу под руководством квалифицированного психолога или психотерапевта, если она выполняется качественно и, следовательно, деактуализирует работу механизмов психологической защиты участников тренинга, можно назвать социопсихотерапией.

Основной организационной единицей в СПТ является группа. В групповой психотерапии выделяют малые, средние и большие группы. Каждая из них обладает определенной спецификой относительно динамики группового развития

и предмета группового психологического воздействия, по отношению к которому они наиболее эффективны.

В *малой группе*, которая включает в себя обычно восемь человек, за модель функционирования и развития берутся культурально обусловленные модели семьи и взаимоотношения ее членов. Основная цель малой группы – научить человека адекватно выражать свои чувства и адекватно воспринимать чувства окружающих людей, поэтому закономерности, характерные для малых групп, наиболее активно используются для развития «контактности» человека, для формирования психологического климата в группах СПТ на первых этапах функционирования. Эти закономерности следует учитывать в процессе социально-психологической коррекции, если предметом психологической работы являются эмоциональные взаимоотношения, эмоции или чувства человека. И особенно это актуально при работе в семьях или при работе с малолетними клиентами или пациентами.

Здесь можно рекомендовать использовать различные методы и техники транзактного анализа, гештальттерапии, арттерапии, модели нейролингвистического программирования и др.

В *большой группе*, которая включает в себя более 20 человек, моделью функционирования и развития участников группы служит социальная структура окружающей общественной жизни или функционирование отдельных государственных структур, общественных институтов.

Основная *цель* большой группы – научить человека правильно «думать» и адекватно излагать свои и понимать мысли, социальные смыслы, личностные мотивы поведения окружающих людей (адекватно социальным условиям и ценностям окружающей общественной среды и государственной структуры организации этой социальной среды). При этом предполагается, что межличностные взаимоотношения и их характер определяются не личными симпатиями - антипатиями, но социальными функциями, значениями и значимостью поступков людей-носителей конкретных социальных функций или представителей определенных официальных общественных или государственных структур.

Под понятием «правильно думать» здесь имеется в виду способность осознавать социальный смысл ситуации в целом и соотносить его с действиями конкретных людей в этой ситуации, поэтому предполагается, что в большой группе у ее участников развивается социальный, коммуникативный интеллект и социальные чувства, которые лежат в основе гражданской позиции человека.

Кроме того, социальный интеллект и социальные чувства лежат в основе развития способностей человека «дружить», находить компромиссные решения, устанавливать «диалоговые» взаимоотношения в конфликтных социальных ситуациях (взамен монологов). Поэтому здесь часто применяются техники и приемы, используемые для разрешения различных конфликтных взаимоотношений или для развития лидерских, волевых качеств, позволяющих оказывать влияние социально-психологического характера на группы людей или партнеров по культурально обусловленной коммуникации.

В *средней группе* социально-психологического тренинга, обычно состоящей из 10-16 человек, наряду с психологическим проявляется действие так называемой социально-психологической координаты. Именно она предоставляет новые возможности для групповой динамики и коллективной работы, но и ограничивает их, порождая определенные трудности в их использовании. Так, в средних группах акцент в своей работе ведущий может делать как на психологическом или на социально-психологическом, так и на социальном аспектах межличностного взаимодействия на разных этапах развития групповой динамики. И он может делать это по-разному на всех уровнях функционирования личности – эмоциональном, интеллектуальном, волевом.

Другими словами, последовательность «эмоциональный - интеллектуальный - волевой» в некоторой степени отражает последовательность вовлечения участников тренинга в процесс социально-психологического обучения и, следовательно, отражает последовательность алгоритма построения программы СПТ. Однако именно в средней группе создаются условия, при которых участники группы в силу своих индивидуальных, личностных свойств начинают «путать» социальные и психологические аспекты межличностного взаимодействия, что может провоцировать невротическую или психопатическую симптоматику в поведении отдельных участников группы.

Например, один из участников обращается к другому только как к носителю определенной социальной функции (что само по себе предполагает психопатологические симптомы), а тот отвечает ему личной антипатией, то есть один говорит на языке только социальных значений, а другой – на психологическом языке личностных смыслов, которые проявляются в чувствах, жестах и т.п., но которые полностью игнорируют первый!

Исходя из вышеизложенного, главная *цель* ведущего в средней группе – научить человека адекватному поведению на основе развития у него способности выражать и воспринимать чувства и социальный контекст, как своего поведения, так и поведения окружающих людей. Это, прежде всего, предполагает развитие умения выбрать «свой» стиль руководства, который отвечал бы одновременно и индивидуально-психологическим особенностям, и условиям профессиональной деятельности конкретного руководителя или специалиста, или освоить приемы партнерского общения, которые снимали бы чрезмерную тревожность подчиненных, напряжение руководителя и одновременно способствовали бы оптимальному проведению групповой дискуссии.

В зависимости от количества и состава членов средней группы в процессе развития ее может постоянно «тянуть», «уводить» от основной цели СПТ в одну из двух выделенных ранее крайностей. Например, занятия участники могут рассматривать как совместное приятное, «светское», «игровое» и ни к чему не обязывающее времяпрепровождение в группе с нулевым обучающим эффектом. Противоположная опасность, крайность-официальность, догматизм, «занудство», «зарегламентированность» групповых занятий, когда все правильно, но безлично и скучно.

Основная задача ведущего в средней группе - выбрать оптимальное сочетание «приятного» и «полезного» для данного конкретного коллектива с

точки зрения коррекции неадекватных и выработки новых, адекватных форм поведения в различных ситуациях общения. Поэтому тренеру необходимо создать условия, с помощью которых обеспечиваются:

- формирование и развитие группы;
- самодиагностика участниками тренинга особенностей своего поведения в различных ситуациях общения;
- обучение основным приемам профессионального, делового и партнерского общения;
- развитие психической саморегуляции и социальной сенситивности (восприимчивость к состояниям, мнениям других людей);
- формирование адекватной и стабильной самооценки.

Общение, которое составляет суть обучения в тренинге, включает в себя следующие умения: вступать в контакт, регулировать нервно-психическое напряжение у себя и у партнеров по общению, ориентироваться в проблеме партнера, аргументировать свою точку зрения, проводить совещания или групповые обсуждения и принимать оптимальные решения в группе, находить выход из конфликтных ситуаций.

В зависимости от потребностей (психологических, социальных, профессиональных и т.д.) членов группы в программу тренинга могут включаться психологические упражнения, направленные на развитие отмеченных выше умений, или отдельные блоки из них. Поэтому желательно, чтобы участники были объединены общей профессиональной или какой-либо другой целью, опираясь на которую можно было бы разработать конкретную программу тренинга.

Программа тренинга составляется обычно из групповых процедур и упражнений, цель и смысл которых, особенно в начале занятий, по-разному понимается ведущим и членами группы, то есть каждое упражнение имеет как бы несколько целей, «пластов», в различной степени ясных для группы.

В настоящее время тренеру редко удастся самому формировать или подбирать членов своей группы. Поэтому основное назначение упражнений, особенно на начальном этапе, сводится к «диагностике» участников с помощью групповой процедуры, в процессе проведения которой должны проявиться индивидуально-психологические особенности каждого члена группы и его мотивация на участие в совместных занятиях.

Цели упражнений предусматривают:

- влияние на динамику развития группы или коррекция ее структуры;
- обеспечение условий для самодиагностики поведения каждым конкретным участником или группой в целом каких-либо изучаемых психологических моделей поведения, феноменов, закономерностей;
- коррекцию поведения, самооценки, положения отдельных участников в групповой структуре;
- обучение приемам оптимального общения - профессионального, делового, интимного, функционально-межличностного и т.д.;
- развитие социальной сенситивности и психической саморегуляции.

В идеальном плане каждое упражнение должно достигать одновременно всех отмеченных выше целей. Однако на практике применение того или иного упражнения в значительной степени обусловлено личным предпочтением и опытом групповой работы тренера, а также основной целью включения конкретного упражнения в программу развития групповой динамики тренинга.

В свою очередь, цель включения конкретного упражнения зависит от структуры программы тренинга, этапа развития группы и индивидуальных особенностей ее участников. Последнее обычно определяет форму проведения упражнения. Например, в молодом возрасте более рекомендуются игровые формы упражнения, а в зрелом, особенно если участники группы являются профессионалами в определенной сфере, то рекомендуется помочь им систематизировать и обобщить их опыт. Другими словами, следует стремиться использовать актуальный жизненный опыт участников группы при построении программы тренинга, а если он отсутствует, то только в этом случае создавать его с помощью игровых форм, ролевых игр и т.п.

При выполнении упражнений или групповых процедур тренер может отказаться от формального плана структурированных упражнений и в случае необходимости вмешаться или остановить проведение упражнения, а также заменить его другим. Прежде чем выбрать упражнение, тренер должен решить для себя - соответствуют ли данное упражнение и форма его проведения целям данного этапа тренинга и программы тренинга в целом, какое значение оно будет иметь для участников и оправдывается ли время, затраченное на него. Этапность проведения упражнений должна соответствовать этапам развития механизмов взаимопонимания (или способности к пониманию мотивов поведения окружающих людей и способности учитывать эти мотивы при выборе моделей собственного поведения). Желательно, в идеале, чтобы упражнения как бы актуализировали или повторяли основные этапы развития личности большинства участников группы, предоставляя возможность для развития механизмов взаимопонимания:

- *идентификацию* - понимание через уподобление;
- *стереотипизацию* - умение соотносить свое поведение и поведение окружающих людей с социальными стереотипами, нормами, ценностями, традициями групп, общества, государства и т.п.;
- *рефлексию* - способность осознавать свои действия, которые произвели впечатление на партнера по общению. Основу развития рефлексивности составляет умение использовать механизмы обратной связи, то есть способность получать от партнеров по коммуникативному процессу вербальную и невербальную информацию о своем поведении и эффективности своего общения, с последующей коррекцией в случае необходимости собственного стиля поведения или формы общения.

Программа и этапы тренинга

Одна из основных функций тренера - управление развитием группового процесса, групповой динамикой, то есть обеспечением и созданием условий для определенного качества межличностных взаимодействий на последовательных этапах развития группы СПТ.

Согласно М. Форвергу, Т. Альбергу, программа СПТ должна включать в себя следующие действия:

- выбор и понимание конкретных требований, которые предъявляются к специалисту определенного уровня и профиля;
- представление модели идеального протекания изучаемого процесса или формы коммуникативного воздействия;
- демонстрацию эффективных образцов поведения;
- представление гипотетической модели психических регулятивных механизмов, определяющих эффективный образец или форму поведения;
- сравнение существующего и должного (идеального) в поведении будущих участников СПТ, различие в качествах которых (их несовпадение) определяет особенности программы СПТ для конкретного контингента.

В СПТ обычно выделяют четыре этапа развития групповой структуры:

1. Создание благоприятного психологического климата в группе, основанного на позитивной оценке каждым участником всех или большей части других членов группы, что является условием вовлечения всех участников в необычную для большинства ситуацию тренинга и способствует снятию деструктивного напряжения, которое провоцирует деструктивную активность механизмов психологической защиты. Первые впечатления складываются, как правило, под воздействием внешнего облика человека, его физической привлекательности, что, главным образом и определяет структуру «эмоциональных» взаимоотношений на первом этапе тренинга - основной системообразующий фактор работы группы.

Очень много здесь зависит от первого обращения тренера к группе и просто от его первой улыбки: тренер как бы является моделью, задает определенный стиль взаимоотношений в группе.

2. Дифференциация структуры группы под влиянием групповых норм, которые возникают в ходе выполнения упражнений, отвечающих целям и задачам тренинга, а не личным симпатиям антипатиям (как на первом этапе тренинга).

Тренеру необходимо добиться, чтобы в группе не было «социометрически изолированных» участников. Именно на втором этапе наблюдается наибольший «отсев», уход из группы (в группе «добровольного» посещения это обычно два-три человека, и это вполне нормальное явление, о чем следует помнить и особенно начинающим тренерам).

3. Формирование иерархии группы, на одном конце которой выделяются наиболее успешные, оптимально выполняющие упражнения участники, а на

другом, естественно, - «немошные» и посредственные. Здесь необходим деловой подход, когда социометрический статус определяется активностью и продуктивностью члена группы в процессе выполнения различных совместных упражнений.

На третьем этапе повышается критичность оценок поведения участников относительно адекватности поведения друг друга и ведения групповых занятий тренером. Назревает групповой конфликт, и тренер не должен стремиться предупредить, «разрядить» его. Конфликт в определенной степени выявляет зрелость группы. Он неизбежен в процессе развития групповой динамики и отражает потенциал дальнейшего развития группы. Группа начинает искать «козлов отпущения», критиковать «вся и всех», невзирая на «лица». Обычно все это завершается групповой самокритикой – групповым катарсисом. Тренеру следует обратить внимание на то, чтобы участники больше критиковали модели поведения, условия деятельности и меньше личностные качества друг друга, что будет развивать у них способность к конструктивному решению конфликтных ситуаций в будущем. В целом тренеру здесь необходимо лишь следить за корректностью выражений оценок, но не вмешиваться в сам процесс. Тогда после такого «взбадривания» группа становится более спокойной и конструктивно работающей. Аналогичные ситуации могут повторяться и в дальнейшем, но уже с намного меньшей степенью интенсивности.

Третий, «конфликтный» этап развития группы можно использовать для ускорения динамики группового развития, а также для демонстрации поведения и изучения приемов манипуляции в конфликтной ситуации межличностного взаимодействия.

Однако прежде чем включаться в «конфликтную ситуацию», тренер должен убедиться, что он сможет удержать группу на допустимой для учебных целей «личностной глубине» конфликтной ситуации. Здесь должна быть исключена возможность психологической травматизации кого-либо из членов группы в результате излишней критики или коллективного давления (феномена группового давления, включая и на тренера).

Желательно в качестве предмета конфликтной ситуации рассматривать, выносить на обсуждение в группе поведение участников, имеющих устойчивую, адекватную самооценку, но не участников с явно завышенной или особенно заниженной самооценкой. Это может помочь избежать непредвиденных невротических или психопатических реакций. Кроме того, не следует допускать сильной межличностной конфронтации, сохранять направленность критики на предмет спора или разногласий. В качестве последних могут быть «опоздания» на занятия или их пропуск, нарушение групповых норм, правил и т.д.

Тренеру надо владеть приемами выхода из конфликтных ситуаций.

Один из них, например, «валяние ваныки-встаньки», когда ведущий, «оттягиваясь, оттягивает» все напряжение группы на себя посредством, например, необоснованно жесткой, «родительской», но объективной критики поведения некоторых участников группы.

Использование «скрытой камеры» позволяет в последующем участникам тренинга детально проанализировать основные фазы развития конфликтной

ситуации и увидеть в ней себя, свое поведение. Кроме того, прием «скрытая камера» дает тренеру возможность показать условность, возможность манипулирования в конфликтной ситуации и продемонстрировать свою нейтральность в этой ситуации.

Включаться в конфликтную ситуацию тренер может и с целью ускорения динамики развития группы, недопущения излишней конфронтации между ее отдельными участниками, активизации действия принятых групповых норм, а также для снятия возникшего напряжения, если оно мешает продуктивной работе.

Иногда ведущий в качестве дополнительной цели (обычно неизвестной группе) рассматривает конфликтную ситуацию как возможность для собственного самораскрытия, выражения личных чувств по отношению к различным участникам тренинга или для использования известного приема «схождения с пьедестала авторитета», если дистанция «авторитета» осложняет работу с группой.

В целом,- на третьем этапе структура группы приобретает деловой характер, то есть эмоциональные и межличностные контакты опосредуются содержанием учебно-деловых взаимоотношений участников, что свидетельствует о высоком уровне развития группы и ее эффективном функционировании.

4. На четвертом этапе взаимоотношения в группе носят конструктивно-деловой характер. Участники тренинга спокойно воспринимают критику, готовы корректировать, менять свое поведение и способы общения. Они стремятся определить свою индивидуальную форму использования изучаемых средств общения.

Принципы построения каждого отдельного занятия и программы тренинга в целом соответствуют известной схеме «трудная задача» - испытание - награждение при адекватном поведении - закрепление адекватных, оптимальных форм межличностного общения /4-9/.

Основу программы составляет общеизвестный принцип последовательного развития группы - совместное прохождение ее участниками всех этапов тренинга.

Организационный этап тренинга

Как уже отмечалось, в настоящее время тренеру редко удается проводить предварительную диагностику и набор участников в группу. Если же такая возможность существует, то необходим организационный этап, задачами которого являются:

- решение организационных вопросов - продолжительность, периодичность встреч и т.п.;
- информирование участников об особенностях тренинга как активного метода;
- первичная диагностика и коррекция ожиданий участников тренинга;
- выявление и коррекция мотивации на участие в будущих занятиях.

Для диагностики обычно используются методики УСК, опросники Кэттела, Люшера, ММРІ и т.д., в зависимости от целей тренинга набор тестов варьируется очень широко.

Правильный отбор участников во многом определяет эффективность работы группы и уровень достигнутых ею результатов, однако жестких ограничений здесь не существует. Исключение составляет только умственная или психическая неполноценность человека.

Кроме того, необходимо отметить те свойства личности участников, которые требуют пристального внимания тренера, поскольку мешают его работе: импульсивность, агрессивность, конфликтность, доминантность, неадекватность самооценки, низкая социальная сенситивность, низкая мотивация к обучению, повышенная тревожность, неадекватные ожидания от тренинга или тренера.

При комплектовании группы особое внимание следует обращать на лиц с повышенным уровнем нейротизма, интроверсии, ригидности и с низким социальным, коммуникативным интеллектом. Как известно, чем больше в группе участников с такими качествами, тем больший объем должна иметь программа - до 100 часов, в то время как «нормальной» группе достаточно 30 -40 часов.

Если отбор осуществляется из уже сложившихся групп или коллективов, необходимо провести социометрию, и по ее результатам не включать в одну группу супругов, «врагов», друзей, начальников и их подчиненных или людей, занимающих крайние по отношению друг к другу политические позиции или «ниши» социальной иерархии.

При формировании группы необходимо:

1. Соблюдать принцип гетерогенности и «двойного» зеркала»: в группе должны быть одновременно участники, похожие и отличающиеся друг от друга по психологическим качествам. Сходство участников отражается на динамике формирования группы, а их различия - на потенциальных возможностях ее развития. В тех случаях, когда каждый участник группы имеет отклонения от нормы, а группа в целом, следовательно, составляет норму выраженности определенного психического качества, нормальные адекватные реакции членов группы будут закрепляться, усиливаться группой, а реакции, не отвечающие целям тренинга, отвергаться, «гаситься».
2. По возможности подбирать участников с одинаковым уровнем коммуникативности, социальным интеллектом и морально-этическими представлениями.
3. Обеспечить добровольность прихода и участия в работе группы.
4. Исключить участие в тренинге людей с явно выраженными дефектами внешности, речи и нарушениями психической деятельности.
5. Подбирать группы с количеством участников 10-14 человек при равном соотношении мужчин и женщин. Оптимальная численность группы от 8 до 12, а допустимая - от 6 до 25 человек. Допустимый возраст участников - 16...60 лет, оптимальный -20...40 лет.
6. Учитывать гомогенность уровня образования и интеллекта.

Желательно формировать группу из однородных по профессии участников, но не следует включать в группу лиц, находящихся в прямом подчинении.

Согласно Форвергу, руководители с высоким статусом легче усваивают поведенческие навыки тренинга.

Иногда рекомендуется формировать группу по признаку идентичности делового опыта, национальности, места проживания, уровня радикализма (тем сильнее групповая сплоченность), одного уровня эмоциональной стабильности: чем она выше, тем выше внешняя эффективность группы и удовлетворенность ее участников от занятий.

Начало и конец встречи (занятия СПТ)

Обычно рекомендуется каждый день занятий начинать и завершать упражнениями, направленными на активизацию или развитие рефлексивности или способности к эмпатии у участников тренинга. При этом по ходу занятий и с учетом индивидуальных способностей участников постепенно следует усложнять и постоянно разнообразить комплекс этих упражнений, но соблюдая чувство меры. Чтобы сохранить интерес к этим упражнениям, необходимо выбрать оптимальный уровень сложности, соответствующий возможностям членов группы, кроме того, необходимо постоянно менять сами упражнения.

Группу следует проинформировать о том, что рефлексия является одним из основных средств, способствующих эффективному деловому или личностному общению. После объяснения сути рефлексии (способность увидеть себя, свои состояния «со стороны» или «глазами другого») можно предложить упражнения или групповые процедуры для развития этой способности (как бы в качестве примера).

Варианты процедур-упражнений для развития эмпатии и рефлексии участников группы.

1. Каждому члену группы предлагается нарисовать образ своего «Я» или его символ, который отражал бы состояние «Я». Далее каждый выбирает заинтересовавший его рисунок и пытается интерпретировать закодированное в нем состояние. «Хозяин», автор рисунка, сообщает свой смысл, который заложен в рисунке.
2. Каждый участник оценивает на основе внешних признаков степень активности, интереса и усталости своего соседа. Затем сосед дает обратную связь - сообщает об активности, интересе и усталости на данный момент занятий. По желанию сосед может раскрыть причины своего состояния.
3. Каждый участник тренинга в свободной форме должен выразить свое представление о происходящем с ним и группой - вербально, невербально, рисунком на доске или листе бумаги, жестами и танцами...
4. В первый день участник тренинга сообщает о своем психологическом состоянии и о том, что показалось ему наиболее ценным на занятиях (информационное и эмоциональное состояние). На второй день он должен оценить состояние соседа и попытаться определить, что на настоящем занятии тому показалось наиболее ценным или произвело на него наибольшее впечатление, - «сосед» дает обратную связь и сам пытается выполнить предложенную процедуру. На следующий день (обычно это четвертый-пятый день занятий) данное упражнение усложняется и называется «Я глазами

соседа». Каждому участнику следует попытаться определить, «как я считаю, что думает мой сосед о том, какое у меня состояние, и как я думаю, что он думает, что на меня сегодня произвело наибольшее впечатление или показалось наиболее ценным». Если группа осилит данное упражнение, на следующий день его можно еще усложнить, например, попытаться выполнить изложенные выше задания с помощью жестов, которые партнер должен стремиться понять, и т.п.

Существует целый ряд упражнений данного типа. Важно подчеркнуть, что такие упражнения не только выполняют роль «введения в рабочее состояние группы», или «разогрева», но и позволяют тренеру проводить диагностику отношений участников к тренингу и между собой в опосредованной форме.

Кроме того, тренер получает возможность «увидеть» и в случае необходимости проиллюстрировать группе работу механизмов психологической защиты. Здесь он может уделить особое внимание источникам конфликтного поведения - рассмотреть механизмы психологической защиты как рефлексии и эмпатию «наоборот» (отрицание, проекция, рационализация и т.п.). Последнее особенно рекомендуется в тех случаях, когда защитное поведение некоторых участников мешает работе коллектива в целом, развитию динамики, или может превратить этих участников в «шутов группы» или «козлов отпущения».

Однако в начале встречи, занятия тренер должен стремиться сформировать у группы состояние работоспособности, отвечающее целям на данном этапе тренинга. В конце встречи каждый участник должен испытывать удовлетворенность и «ощущать» груз полученных знаний (он может быть очень «озадачен» своим поведением, но самим тренингом и ходом занятий всегда только удовлетворен, что является одной из основных задач тренера).

Для усиления эффекта некоторых упражнений тренер может использовать эффект «незавершенного действия». Например, создается ситуация, когда члены группы оказываются «не на высоте», затем она записывается и показывается участникам, но не анализируется. Следующий день начинается с просмотра этой ситуации, что сразу «включает» группу в ее анализ.

Подготовка помещения

Помещение должно быть изолированным, чтобы работе ничто не мешало. Следует предусмотреть затемнение помещения. Работа проводится в креслах, поставленных в круг. Необходимо иметь свободное место для проведения психогимнастики, игр, процедур, танцев. Можно оборудовать «интимный уголок» - поставить столик, лампу, самовар, чашки и др.

Обязанности тренера:

- Обеспечить, чтобы участники не увлекались упражнением настолько, чтобы потерять основную идею.
- Уметь заинтересовать участников с помощью других методов и инструкций.

- Создать и поддерживать соответствующую учебную атмосферу: включать игры, имитации, ролевые игры, головоломки, ситуации для анализа и другие подобные упражнения.
- Проводить структурное упражнение сначала с группой людей, не участвующей в данной презентации. Структурные упражнения должны оцениваться по своей эффективности. Если вы видите, что они не производят ожидаемый эффект, внесите изменения.
- Не стоять на месте.
- Тестировать все новые упражнения: что подходит одним людям, не всегда подходит другим
- Резюмировать все упражнения, проводимые во время сеанса тренинга:
 - чтобы вернуть участников в прежнее состояние после окончания упражнения (если участникам не понравилось упражнение, они должны отвлечься от этого, пока продолжается тренинг);
 - чтобы обсудить результаты упражнения: оправдало ли оно ожидания? повели бы вы себя так же в реальной ситуации? что бы вы делали, если бы это произошло?

Это также позволяет тренеру исправить ошибки:

- Быть честным и открытым с другими участниками: не скрывать планы тренинга, не уводить участников в сторону, никого не выделять, не обманывать и не использовать усилия участников в своих личных целях.
- Не забывать о том, что упражнения для тренингов могут принести много веселых минут обучающимся и тренеру.
- Создать благоприятную атмосферу для обучения.

Обязательные процедуры:

- Индивидуальная и групповая рефлексия в начале и конце занятий. Смысл этой работы в осмыслении процессов, способов и результатов индивидуальной и совместной деятельности.
- Психогимнастические процедуры с релаксационным эффектом.
- Ведение дневников участниками группы.

Принципы работы в группе:

- Искренность в общении.
- Обязательное участие в работе группы в течение всего времени.
- Неразглашение обсуждаемых проблем за пределами группы.
- Право каждого члена группы сказать «стон» - прекратить обсуждение его проблем.
- Каждый участник говорит за себя, от своего имени.
- Не критиковать и признавать право каждого на высказывание от своего имени.
- Общение между всеми участниками и ведущим на «ты» (по согласованию).

- Рефлексия в начале занятия и в конце.

С принципами работы в группе тренер знакомит участников в начале каждого тренинга. Хорошо, если группа сама вырабатывает правила работы.

Ключевые понятия: социально-психологический тренинг, социальные роли, групповая динамика, фазы развития группы, механизмы развития личности в СПТ, конституция группы.

Вопросы для самопроверки

1. СПТ как метод психосоциальной работы.
2. Задачи СПТ.
3. Типология тренингов.
4. Понятие «групповая динамика». Стадии развития группы в ходе тренинга.
5. Ролевая структура группы.

Тема №5

Психолого-социальная работа с пожилыми людьми

Старение - процесс разрушительный, неизбежно заканчивающийся смертью. Старение связано с изменениями на всех уровнях организации живой материи: молекулярном, субклеточном, клеточном, системном, органном, организменном. Процесс старения рассматривается как результат программных генетических изменений. На процесс старения влияют внешние и внутренние факторы. *Внешние* влияния - факторы окружающей среды, социальные, экономические. *Внутренние* влияния - болезненные телесные и духовные состояния.

Еще с древних времен философы, врачи пытались найти научное объяснение процесса старения, которое они связывали с конституциональными особенностями, телосложением, с физической деятельностью и питанием, с потерей тканями тепла и влажности, с нарастанием сухости кожи (Гален). В эпоху средневековья на рубеже XIII-XV столетий одним из прославленных врачей Италии был Арнольд из Виллановы (1235-1311). Сын своего века, он отдал дань суевериям и оккультизму, увлекаясь алхимией, он видел в ней средство для изготовления целебных лекарств. Врач и философ, связавший химию и медицину, разработал токсикологию. Он впервые провел экспериментальные разработки средств для продления жизни и борьбы со старостью.

Гиппократ, Гален и их последователи главную роль в профилактике старения отводили умеренному образу жизни, сохранению привычных навыков, диете, правилам личной гигиены и систематической двигательной активности.

Теории старения. Виды старения.

Большинство известных теорий старения имеют историческое значение:

1. *Механистическая теория изнашивания.*
2. *Теория израсходования «жизненного» материала в клетке.*
3. *Математическая теория с попыткой создания математической модели процессов старения.* В настоящее время математические модели, стремящиеся

выразить биологические, физиологические процессы в математических формулах, применяются широко. Однако на примере нейронных сетей до сих пор еще никому не удалось получить адекватную математическую оценку психических процессов, как функции мозга.

4. *Теория дисбаланса физиологических отравлений и «возраста соединительной ткани»* А.А. Богомольца.
5. *Коллоидно-химическая теория «ошибок» в коде ДНК и РНК.* Нарушения регуляции белкового синтеза и нормальных взаимоотношений заменимых и незаменимых аминокислот.
6. *Интоксикационная теория*, получившая развитие в исследованиях И.И. Мечникова. Накопление токсинов (индола, скатола, крезола) в кишечнике вследствие гнилостной бактериальной ферментации сопровождается самоотравлением организма и ускорением старения. К настоящему времени у нас в стране и за рубежом известно огромное количество научных работ, связавших образование желчных камней, развитие гипертонической болезни, различных заболеваний органов пищеварения с нарушением качественного и количественного состава микробной флоры желудочно-кишечного тракта.
7. *Биофизическая теория*, объясняющая старение воздействием радиоактивных веществ на человека.

Отсроченные радиационные эффекты могут наблюдаться в разные сроки (месяцы и годы) после аварии, вызывать системные поражения жизненно важных органов, ускоряя процесс старения у молодых людей.

В настоящее время получила распространение *адаптационно-регуляторная теория старения*, разработанная В.В. Фролькисом. Эта теория объясняет старение не процессами инволюции и атрофии, а появлением новых форм адаптации и регуляции. Старение генетически не запрограммировано, но обусловлено биологическими свойствами организма, т.е. процесс старения развивается в организме с его генетически запрограммированными свойствами. По мнению В.В. Фролькиса, процесс старения целостного организма связан с возрастными изменениями структур головного мозга. В процессе эволюции у живого организма развились элементы приспособления к среде и способность поддерживать определенный уровень приспособления для выживания.

Согласно адаптационно-регуляторной теории, благодаря деятельности головного мозга в ходе возрастного развития мобилизуются приспособительные механизмы, направленные на увеличение продолжительности жизни и адаптации к среде. Но когда возрастные нарушения возникают в самих центральных механизмах регуляции, то это приводит к ограничению адаптационных возрастных возможностей и старению организма в целом.

Бiosoциальная концепция старения, предложенная болгарским геронтологом Г. Стойневым (1986) рассматривает механизмы старения в связи со средовыми и биологическими факторами, а также с фактором времени, уменьшающими продолжительность жизни.

Безотносительно к теориям старения - старение процесс нормальный. Старость неизбежна, как неизбежно и то, что она завершается смертью. Старость и смерть - понятия абсолютные. Однако индивидуальный процесс развития

старения, продолжительности жизни и время смерти прогнозировать нельзя. Процесс старения у разных людей протекает с неодинаковой скоростью. Физиологический процесс старения отличается от патологического процесса развития старости. Наука пока не располагает данными, объясняющими инволюционный процесс старения организма человека, в котором развивающиеся процессы старения в разных органах и даже в отдельно взятом органе хронологически наступают в разные сроки, с разной скоростью и связаны с затуханием одних приспособительных механизмов и активизацией других приспособительных систем.

Различают следующие виды старения: естественное, нормальное, физиологическое; замедленное, долголетие; преждевременное, раннее, патологическое.

Описаны случаи преждевременного старения детей с несоответствием календарного возраста биологическому возрасту: ребенок 5-7 лет выглядит на 65-70 лет. Научного объяснения механизма подобного старения пока не имеется. Интерес представляет преждевременное старение клонированной овечки Долли, у которой в возрасте 12 месяцев уровни внутренних констант (биохимические показатели крови, гормонов и др.) соответствовали возрасту 3-4 лет.

На данном этапе развития общества раннее старение становится проблемой здравоохранения и социальной геронтологии. Необходимо своевременное обследование рано постаревших с целью выявления и устранения факторов, способствующих старению: алкоголизации, курения, нерационального питания, стресс-ситуаций, хронических болезней.

Социально-демографические проблемы, последствия старения

За последние годы социальные условия в мире резко изменились. Этот процесс коснулся и России. Демографические изменения, диспропорции между количеством населения и объемом ресурсов; изменения численности, структуры, половозрастных особенностей населения; диспропорции соотношения рождаемости и смертности; сдвиги в миграционных процессах; последствия экологических и техногенных катастроф, вызвавшие изменения в атмосфере и космическом пространстве, войны, безработица, массовое обнищание, грубые нарушения прав человека, болезни - все это отрицательно сказалось на показателях здоровья населения.

Последнее десятилетие XX в. и начало XXI в. характеризуют постарение населения земного шара. В РФ прослеживается такая же тенденция.

30 млн. из 150 млн. составляют люди пожилого возраста, из них 3 млн. свыше 80 лет. За последние годы численность пожилых людей неуклонно увеличивается. Согласно ВОЗ, население считают старым, если доля людей 65 лет и старше превышает 7% жителей страны. В РФ в 1998 г. численность пожилых людей на 100 тыс. населения превышала численность подростков до 16 лет на 0,4%, а к 2000 г. она возросла в 10 раз - 3,9%. Численность пожилого контингента на Земном шаре к 2010 г. достигла 1,1-1,2 млрд. чел.

Заболеваемость лиц до 75 лет в 2 раза, а старше 75 лет в 6 раз выше, чем людей трудоспособного возраста; в 3 раза выше потребность в

специализированной помощи: кардио-пульмонологии, офтальмологии, урологии, эндокринологии, психиатрии, онкологии. В общей структуре заболеваемости пожилых на первом месте сердечно-сосудистая патология (146,9 случаев на 1 тыс. населения), на втором - болезни органов дыхания (219,2), на третьем - болезни органов пищеварения (91,5), на четвертом - онкозаболевания (34,0). Наиболее высокая заболеваемость онкологическими болезнями приходится на возрастную группу 65-70 лет.

Структура смертности несколько иная, чем структура заболеваемости. Если на первом месте остаются сердечно-сосудистые болезни, то на втором - злокачественные новообразования, на третьем - смертность от травм, отравлений, несчастных случаев. Увеличилось число случаев отравления алкоголем, психоактивными веществами, суицидальных попыток у пожилых людей.

В РФ мужская смертность в 4 раза выше, чем женская, и в 2-4 раза выше, чем в экономически развитых странах. Сохранение этого уровня смертности в ближайшие годы приведет к тому, что сегодняшние 16-летние лица мужского пола доживут до 60 лет только в 58%.

Начиная с 90-х годов в РФ увеличился уровень первичного выхода на инвалидность. Из общего числа первично признанных инвалидами до 15% составляют лица пенсионного возраста, остальные около 85% - люди трудоспособного возраста. Соотношение числа лиц трудоспособного возраста к числу пенсионеров к 2000 г. в РФ составило 2,42, тогда как в США - 4,2, Швеции - 4,3, Канаде - 4,6.

Заболеваемость и смертность - реальные показатели жизни населения, определяющие разработку конкретных мер по охране и улучшению здоровья населения в общегосударственном масштабе. *Согласно прогнозу Европейской программы здорового старения, на ближайшие 25 лет ожидается увеличение продолжительности жизни до 75 лет, улучшение здоровья без выхода на инвалидность у всех людей 65 лет и старше, а также улучшение качества жизни пожилого человека.*

В РФ самый низкий показатель ожидаемой продолжительности жизни: в Северных регионах, Сибири (Чита, Иркутск) для мужчин - от 50,7 до 56,6 лет, для женщин - от 62,1 до 70 лет. Самый высокий показатель продолжительности жизни в Адыгее, Ингушетии: для мужчин - от 63,4 до 68,1 лет, для женщин - от 74,4 до 78,6 лет.

Продолжительность жизни в России существенно меньше, чем в западных странах. В 2000 г. средний показатель продолжительности жизни мужчин составлял 59 лет, женщин - 72,2 года, разница показателя - 13,2 года. На Западе эта разница не превышает 7 лет. По заключению ВОЗ, оптимальной считается разница 5 лет.

Психолого-социальная и социально-медицинская помощь пожилым людям

Социальный патронаж и врачебная практика показывают, что пожилые, престарелые и особенно одиноко проживающие люди наименее обеспечены качественной медицинской помощью. Значительное их число не способно самостоятельно обратиться в территориальную поликлинику, в органы

социальной опеки. Они не зарегистрированы, не состоят на учете в органах социальной опеки. Практически для них не решаются вопросы необходимой социальной поддержки, сбалансированного питания при заболеваниях, требующих его качественного изменения (эндокринные, сердечно-сосудистые, пищеварительные расстройства, последствия травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата). Причиной этого является межведомственная разобщенность.

Основную роль в оказании социальной и медицинской помощи пожилому населению играют органы Министерства социальной защиты и Министерства здравоохранения. Программа «Старшее поколение» способствовала созданию в стране широкой сети геронтологических центров, больниц, отделений в составе многопрофильных больниц и организации сестринского ухода. Медицинская помощь пожилым и престарелым оказывается в стационарах общесоматического профиля, в специализированных геронтологических центрах, в геронтологических стационарах, в госпиталях для ветеранов войн, в гериатрических отделениях психиатрических больниц, в хосписах и интернатах. На базе терапевтических, неврологических отделений создают гериатрические палаты. Гериатрические отделения организованы в региональных психиатрических лечебницах, в домах-интернатах для престарелых.

Ведущим направлением в организации медицинской помощи пожилым людям является развитие внебольничных форм медицинской помощи, представленных поликлинической службой, центрами социального обслуживания, домами совместного проживания. С одной стороны, создание центров социального обслуживания на дому обеспечивает оказание социальной поддержки людям пожилого возраста. С другой стороны, это способствует сокращению доли стационарного лечения, уменьшению нагрузки на квалифицированный персонал и сокращению экономических затрат.

Рост потребности пожилого населения в различных видах помощи (медицинской, психологосоциальной) стимулировал создание системы коммерческого медико-психологического обслуживания на дому.

Индивидуальные запросы пожилых людей должны приводиться в соответствие с окружающей больного человека средой. Разработка новых технологий медицинских операций, в том числе на дому, использование различного рода современных аппаратов и приспособлений для улучшения функционирования зрения, слуха, речи, двигательной активности компенсируют возрастную ограниченность. Индивид испытывает не только чувство удовлетворения, но и может контролировать свою повседневную жизнь. Уменьшаются проявления отчуждения из-за отсутствия или неполноты информации, улучшается процесс адаптации пожилого человека к окружающей среде.

Очень важно оказание своевременной скорой психологической и медицинской помощи пожилым людям. Деятельность таких служб по отношению к пожилым людям требует изучения и совершенствования.

Требуется полноценная профессиональная медицинская подготовка среднего звена по оказанию помощи пожилым. При гериатрических больницах

должны быть специальные бригады для оказания помощи прикрепленному контингенту пожилых и престарелых людей, для этого нужны налаженная компьютерная связь и компьютерные программы, диспетчерская служба, база данных на всех пациентов, средства, фиксирующие время получения вызова и приезда бригады к больному. Это позволяет обеспечить своевременность госпитализации с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения, значительно уменьшить количество состоявшегося острого инфаркта миокарда и завершившихся инсультов у людей пожилого и старческого возраста.

Большого внимания специалистов психолого-социальной службы требуют пожилые и престарелые люди с психическими расстройствами. Помощь больным с психическими расстройствами оказывается в стационарных и внебольничных учреждениях - психоневрологических диспансерах (ПНД). Впервые в мире ПНД были учреждены в нашей стране. Они стали основой дальнейшего развития внестационарной психиатрической помощи в других странах. Помощь больным с психическими расстройствами, оказываемая в ПНД, снижает риск рецидива заболевания, позволяет лечить больных без отчуждения от семьи, повышает уровень их социальной реабилитации. В целях раннего выявления лиц с психическими расстройствами и своевременного проведения их лечения при территориальных поликлиниках организуются психиатрические кабинеты. Больные с выявленными психозами, с затяжными формами пограничных состояний направляются на лечение в ПНД. В случаях необходимости пациенты направляются на лечение в специализированные стационары психиатрических клиник и больниц, а также в гериатрические отделения. В последние годы в западных странах отмечается тенденция уменьшения числа психиатрических коек с 4-6 до 2-3 на 1000 населения. В РФ этот показатель составляет 1,5- 2 койки на 1000 населения.

Полустационарная психолого-социальная и психиатрическая помощь для больных с психическими расстройствами оказывается дневными стационарами, однако в них мало мест - 3,53 на 100 диспансерных больных. Помимо медикаментозной терапии определенное место в комплексе лечебных мероприятий занимает трудовая терапия, осуществляемая в лечебных трудовых мастерских. Такие же лечебно-трудовые мастерские созданы в психиатрических лечебницах. Это направление трудовой терапии больных с расстройствами психики имеет глубокие корни. Трудовая терапия широко использовалась в странах Западной Европы (Франции, Англии в XIII-XIV столетиях) и еще ранее в России, где трудовые мастерские организовывались при монастырях. В эпоху капитализма и в более позднее время подобные трудовые мастерские в качестве специализированного цеха были организованы для больных со сниженной трудоспособностью.

Хотя профилактической направленности лечебно-трудового метода в комплексной медикаментозной психотропной терапии отдается должное внимание, отделений реабилитации больных этого профиля, в которых они могли бы продолжить лечение для лучшей социальной адаптации в обществе, в стране еще нет. Опыт зарубежных специалистов по психолого-социальной работе во

Франции, Германии свидетельствует о положительном влиянии на течение психических заболеваний совместного проживания больных этого профиля в специализированных реабилитационных интернатах, где широко используются лечебные методы с применением арттерапии, адаптированных видов спортивных занятий и соревнований с положительным подкреплением. Благоприятное влияние, успокаивающий эффект на состояние пациентов оказывают продолжительное пребывание на природе, работа в саду, прогулки.

Требования, предъявляемые к психолого-социальному обслуживанию пожилых и старых людей

Психолого-социальная работа с пожилыми и старыми людьми считается одной из самых сложных в физическом, психологическом, социальном аспектах. К старости человек приходит с багажом старых и новых проблем. С ним остаются все индивидуальные черты характера, темперамента, личностные особенности и модели поведения, которые он использовал в различных ситуациях во все периоды своей жизни. Как он прожил жизнь, таковой и будет его старость. Безнравственные, криминальные личности, пьяницы, иждивенцы будут иметь явно рентные установки. Они настойчивы в получении различных льгот от общества. Хронические больные постоянно требуют к себе повышенного внимания, добиваются от социальных работников госпитализации в больницу, от медиков - специальных методов обследования, жалуются, что им отказывают в назначениях дорогостоящих медикаментозных средств. Пьяницы, бомжи и алкоголики адаптируются почти к постоянному пребыванию (особенно в зимнее время) в наркологических отделениях, где объем медикаментозной, психологической и других видов специальной помощи на достаточно высоком уровне, кроме того, там кормят, тепло и не надо платить за оказание любой услуги. В противоположность этой категории людей другие пожилые и престарелые люди не приемлют социальной помощи, с недоверием относятся к социальным работникам. Такими людьми часто оказываются больные психозами. Известны случаи, когда больные с психическими расстройствами, не имея постоянного источника дохода, в течение нескольких лет не обращались в органы социального обеспечения для оформления пенсии. Не понимая существа и тяжести заболевания с психическими расстройствами, родственники больных содержат их дома, не обращаясь к специалисту-врачу или социальному работнику. В этом повинны часто профессиональная некомпетентность участкового врача, наблюдавшего старого человека, недостаточная информация о подобном рода заболеваниях и медицинская неграмотность родственников больного.

Для социального работника необходимы понимание и осознание всей сложности соматических, психологических, медицинских, социальных проблем старого человека. Психолого-социальные работники должны иметь специальную универсальную подготовку, которая в их практической деятельности могла бы грамотно, качественно и с надлежащей полнотой удовлетворять нужды и потребности пожилого человека.

В психолого-социальной работе обязательно должен быть дифференцированный подход, как к старому человеку, так и к его окружению. Необходимы знание и понимание физиологических характеристик возрастных градаций пожилого, старого и престарелого человека: 60-64, 65-69, 70-75 и более лет. Специалист должен иметь банк данных обслуживаемого контингента пожилых и старых людей с указанием места и условий проживания, социального положения, имеющихся льгот, заболеваний соматических и психических, особенностей личности и т.д.

Организация ухода за старыми людьми предусматривает планирование и организацию всех аспектов ухода с привлечением значимых для старика лиц, которым он доверяет. Доброта, честность, порядочность, умение слушать, сострадать - необходимые качества профессионального работника.

Общество должно предоставить возможность пожилым людям жить безопасно и достойно, не подвергаться физическому и психическому насилию. Пожилым и престарелым людям необходимо обеспечение ухода и защиты со стороны семьи и окружающих людей. Они должны иметь доступ к медицинской помощи, объем, и качество услуг которой позволяло бы поддерживать оптимальный уровень физического, психического здоровья, своевременно профилактировать и лечить возникшие заболевания. Пожилые люди должны иметь возможность самостоятельно принимать решения по уходу, лечению, включая добровольное согласие на госпитализацию в отделение, соответствующее нозологии заболевания: соматическое, психоневрологическое, психиатрическое, противотуберкулезное, онкологическое.

Большое значение для пожилых и старых людей имеет *психотерапия*. Больные с различными расстройствами психоэмоциональной сферы, с депрессией прочными узлами связаны с психотерапевтом, психолого-социальным работником. *Психологическое сопровождение пожилых является превентивной мерой суицидальных попыток*. Поэтому в остром периоде реактивного депрессивного состояния нельзя откладывать с психологической переработкой конфликта. Показана длительная *психотерапия* - *раскрывающая психоаналитическая, индивидуальная* или групповая, особенно в тех случаях, когда у человека есть суицидальные тенденции (мысли, желания). Необходима также семейная среда с минимальными раздражающими и конфликтными ситуациями, которая ограждала бы старика от неожиданных негативных и противоречивых впечатлений и переживаний. Семейная психотерапия повышает возможность адаптации пожилых людей не только к окружающей среде в его посттрудовом периоде, но и к наступающей старости. Создание благоприятной формы психического старения, самоудовлетворения положительными эмоциями повышает оптимистическое отношение к жизни, вытесняет страх приближающейся смерти.

При расстройствах настроения на первый план выдвигается психофармакологическая терапия. На этом этапе пожилой человек также нуждается в психосоциальной помощи. Пациенту необходимо помочь решить его домашнюю жизнь, обеспечить амбулаторное или стационарное лечение. Необходимо организовать контакт с родственниками, что особенно важно для

одиноким людям. Общеврачебная и психотерапевтическая задача состоит в том, что, определив, какие внутренние и внешние перегрузки, стрессы представляют опасность для больного, с помощью оздоровительных мероприятий, рекомендаций изменения образа жизни, отказа от вредных привычек помочь пожилому человеку избежать кризисных ситуаций.

Пенсионное обеспечение по старости

Психолого-социальная работа с пожилыми, престарелыми людьми и их семьями предусматривает оказание социальной, психологической помощи в случае низкого материального дохода семьи. В то же время небольшая часть людей (10-15%) в возрасте до 65 лет могла бы еще трудиться. Однако самостоятельно они не могут трудоустроиться. Помощь социального работника была бы здесь своевременной и полезной, если организовать надомную работу. В Японии, США, Канаде организовано переобучение лиц предпенсионного возраста. Так, для лиц умственного труда курсы обучения проводятся с отрывом и без отрыва от производства несколько раз в неделю в течение 1-2 лет. Будущий пенсионер превентивно защищен от нищеты, несмотря на изменение социального статуса и получение меньшей заработной платы в будущем.

Получение пенсии по старости дает уверенность пожилым людям в материальном обеспечении после прекращения профессиональной и трудовой деятельности. В РФ пенсионная реформа с различными моделями страхования пока еще не может защитить старое население от нищенства, поскольку в 65% семьях трудоспособных людей денежный доход на человека ниже прожиточного минимума. Важным элементом реформы социального обеспечения старых людей в последние годы была частичная ее децентрализация с передачей власти и средств местным органам, имеющих целью приближение институтов и служб к людям, которые этим пользуются. Однако ожидаемого положительного эффекта не достигнуто. Административная процедура не стала менее бюрократической и более доступной для тех людей, кто в этом наиболее нуждается. Распределение денежной квоты в разных регионах неоднозначно. Проблемы социальной защищенности пожилых и старых людей стали особенно острыми вследствие социальных реформ, начавшихся в 90-е годы прошлого столетия. Произошло резкое снижение размеров минимальной пенсии с 84,6% до 45% прожиточного минимума для нетрудоспособного населения. При исчислении пенсии заработная плата перестала иметь существенное значение, так как пенсии по старости полностью уравнились. Сокращение производственных предприятий в свою очередь привело к уменьшению доли взносов плательщиков в Пенсионный фонд. Миграция населения из бывших союзных республик в Россию сопровождалась увеличением количества лиц пенсионного возраста.

Демографические сдвиги за последние 10 лет деформировали соотношение числа трудоспособного населения и пенсионеров. В 2000 г. это соотношение уменьшилось до 1,8: 1, тогда как в западных странах оно составляет (2,2-2,6): 1, в США 4,2: 1. Поэтому выход на пенсию по старости для большинства людей России стал огромным стрессовым фактором с серьезными экономическими, социальными и психологическими проблемами.

До настоящего времени пенсионное обеспечение финансировалось из государственного бюджета по остаточному принципу. Искусственное повышение минимальной пенсии в три раза за последние 5 лет нивелировало значимость продолжительности трудового стажа и заинтересованность в трудовой деятельности. Постоянный рост различных социальных выплат, льгот и привилегий для отдельных категорий работников в виде надбавок, повышений, с которых не выплачиваются страховые взносы в Пенсионный фонд, еще более ухудшили перераспределение денежных ресурсов.

В настоящее время государством проводится огромная работа по реформированию системы пенсионного обеспечения в России. Новая концепция пенсионной системы имеет *три уровня*:

1. Базовая пенсия для всех нетрудоспособных лиц или лиц с небольшим трудовым стажем.
2. Страховая (трудовая) пенсия, обязательная. Она базируется на обязательном страховом взносе, продолжительности страхования, величине взносов. Широко дискутируются вопросы изъятия из трудового стажа временных нестраховых периодов: служба в армии, уход за детьми и инвалидом, проживание одного из неработающих супругов в местности, где для них нет работы.
3. Негосударственные пенсии в качестве пенсионного обеспечения, осуществляемого отдельными отраслями промышленности, экономики, организациями, либо отдельными территориями. Подобный вид пенсий складывается из накопительных средств, вносимых гражданами в пенсионное обеспечение в страховых компаниях или пенсионных фондах. Планируемое дополнительное пенсионное обеспечение может развиваться по солидарному (распределительному) или накопительному принципу и будет осуществляться под постоянным государственным контролем.

Новая концепция пенсионной реформы имеет ряд положительных моментов:

- размер пенсии может быть увеличен при более позднем выходе на пенсию;
- принцип полного прекращения использования пенсионных льгот для решения различных общегосударственных задач (для решения демографических, трудовых ресурсных, локальных территориальных и других проблем);
- возможность сохранения трудового дохода за счет сочетания государственных и негосударственных видов пенсионного обеспечения.

В РФ недостаточно используется социальный опыт восточноевропейских стран: Польши, ГДР, Дании, Бельгии, где большую поддержку пожилым и престарелым оказывают неправительственные организации, местные общины, добровольные организации, неформальные группы населения, общественные и частные фонды. Члены этих организаций оказывают помощь в самых разнообразных формах: уход за нуждающимися в посторонней помощи, снабжение продуктами и готовой пищей материально не обеспеченных, ведение домашнего хозяйства, уборка помещения, ремонт жилья, организация культурных мероприятий, организация групп пожилых по интересам и др. Деятельность таких добровольных служб направлена на оказание кризисной

помощи населению в ситуации стихийного бедствия, катастрофы. Существенную пользу оказывают молодежные организации, производя бесплатный ремонт квартир.

В последние годы в РФ стала развиваться организация материальной помощи пенсионерам и их семьям предприятиями и учреждениями, в которых они ранее работали.

Подготовка кадров для работы с пожилыми людьми

Нерешенные проблемы пожилых и старых людей со всей актуальностью выдвинули на первый план обучение не только врачей, психиатров, психотерапевтов, но и социальных работников, способных трудиться в социально-медицинских, гериатрических учреждениях. В последние годы наметился прогресс в этом направлении. Более чем в 30 регионах РФ организованы отделения и факультеты социальных работников. Совместными усилиями Министерства образования и Министерства здравоохранения РФ разработана комплексная программа обучения «Гериатрия», содержащая курс лекций по социальной геронтологии и гериатрии.

С 1998 г. начата разработка новых специализаций социальной работы - медико-социальная и психолого-социальная работа с населением. Подготовка социальных кадров с первичной специализацией медико-социальная и психолого-социальная работа будет способствовать расширению аспектов социальной деятельности, появлению новых ее видов и повышению уровня психолого-социальной работы в целом. В целях дальнейшего улучшения здоровья пожилых людей в РФ необходимы дальнейшее развитие, совершенствование и эффективное взаимодействие психолого-социальной, медико-социальной служб с акцентом в приближении этих видов помощи непосредственно к больному.

Ключевые понятия: старение, социальная геронтология, социальный патронаж, гериатрия.

Вопросы для самопроверки

1. Понятия старение, старость. Суть различий понятий.
2. Историческое значение теорий старения и их связь с современными теориями старения.
3. Современные концепции старения, объясняющие механизмы старения.
4. Виды старения. Примеры.
5. Демографические показатели, характеризующие «постарение» страны. Примеры «молодых» и «старых» стран.
6. Коэффициент соотношения трудоспособного населения к пенсионерам за рубежом и в России.
7. Ожидаемая продолжительность жизни за рубежом и в России. Сравнительные данные по половозрастному признаку за рубежом и в России.
8. Структура государственных органов социальной и медицинской помощи пожилому населению.
9. Структура учреждений, осуществляющих психолого-социальную помощь

пожилым людям.

10. Виды и объемы медицинской помощи пожилым людям.
11. Виды помощи, определяемые психолого-социальным работником, при посещении пожилого человека на дому.
12. Виды и объем психологической, социальной помощи, оказываемой пожилым людям в надомных условиях.
13. Виды помощи, оказываемые в дневном стационаре для пожилых и старых людей.
14. Виды и объем помощи, осуществляемые медико-социальной службой хосписа.
15. Функции геронтологического отделения.
16. Структура геронтологической службы в России.
17. Проблемы реабилитации пожилого человека и интеграция его в общество. Механизмы ее осуществления. Примеры.
18. Возрастные психологические кризисы, переживаемые человеком в разных периодах старости.

Тема №6

Психолого-социальная помощь подросткам и детям

Человек в течение жизни переживает ряд психолого-социальных кризисов: возрастной, психологический, кризис идентичности. В переводе с греческого *krisis* означает решение, поворотный пункт, исход, тяжелое болезненное состояние. *Кризис возрастной - психологический* - возникает при переходе из одного *возраста психологического* в другой. Он связан с предъявлением к личности новых требований, существенно изменяющих образ жизни, психологию и поведение человека. Кризис возраста проявляется в неудовлетворительной оценке достижений, приемлемых для более раннего возраста. Однако человек еще не может приспособиться и соответствовать требованиям старшего возраста.

Кризис психологический - состояние душевного расстройства не патологического характера, проявляющееся в неудовлетворенности человека сложившимся положением дел, жизнью, собой.

Кризис идентичности (лат. *identificare* - отождествление, совпадение чего-либо или кого-либо с чем-либо или с кем-либо). Человек испытывает переживания, осуществляя выбор между двумя альтернативными решениями возрастных и ситуативных задач развития. От характера выбора зависит вся последующая жизнь, ее успехи или неудачи. Э. Эриксон (1902-1994) - известный американский психолог-психоаналитик, исследователь проблемы поиска человеком своей психосоциальной идентичности, выделяет *восемь стадий развития идентичности*:

1. Орально-сенсорная. В общении со взрослыми ребенок обретает доверие (или недоверие) к окружающей среде, к миру. В раннем младенческом периоде ключевой фигурой является мать. Достигнув доверия к миру, ребенок спокойно переносит исчезновение из поля зрения матери.
2. Научившись ползать в возрасте 6-8 месяцев, малыш обретает уверенность, самостоятельность или неуверенность в себе, постоянные сомнения в правильности понимания своих желаний, поступков. В 2-4 года он осознает то,

что видят в нем люди.

3. Эдипова, локомоторно-генитальная стадия (4-6 лет) характеризуется овладением реальностью: усвоением правил игры, фантазиями, попытками изменить условия игры и планировать свои действия. В жизненном пространстве ребенка помимо родителей появляются другие люди. Он пытается идентифицировать себя со взрослыми.
4. Овладение умениями, готовность к учебе, формирование чувства компетентности (или неполноценности). В процессе учебы, накопления знаний ребенок пытается идентифицировать себя с людьми разных профессий (6-11 лет).
5. Ключевая стадия идентичности. Кризис перехода от юности к взрослению. Формирование модели будущего, выбор образовательного учреждения по окончании школы, выбор профессии, планирование семьи. При благоприятном протекании кризиса формируется чувство идентичности, при неблагоприятном - спутанная идентичность, сомнения, неясность жизненной перспективы, своего места в обществе. Кризис может приобрести затяжной характер с неоднозначными процессами отношения к миру (11-20 лет).
6. Стадия сформированной психосоциальной идентичности. Определение места работы, создание семьи, появление детей (20-25 лет).
7. Стадия полная противоречий, личностного роста или застоя, благополучной или неблагополучной жизни. Формирование индивидуальных качеств личности, способности быть самим собой (от 25 до 60 лет).
8. Завершение жизненного опыта, «сбор плодов прожитой жизни» (после 60 лет), удовлетворение прожитой жизнью, счастливая старость или отчаяние, страх безысходности, унижения, обиды, мучительная бессодержательная старость, старчество и умирание (А.В. Толстых, 1996).

Кризисные ситуации реализуются в любом периоде жизни человека. Состояние кризиса переживается всегда болезненно. Потери, неприятные события, опасности рождают психологическую напряженность: тревогу, тяжелые предчувствия, страх, депрессию, чувство вины, стыда, апатию, безучастность ко всему. Поведенческие защитные реакции - примитивны: от проекции, вытеснения, отрицания до самоизоляции. Дети, подростки, взрослые в кризисном состоянии не ориентированы в будущее. Настоящее для них страшно, в мыслях они бегут от него, постоянно оглядываются назад, в прошлое. Точкой отсчета становится психотравмирующее событие, выходящее за рамки обычного человеческого опыта, с застывшим воспоминанием того, что было до него и с полной неясностью того, что же будет потом. Безынициативность, безучастность ко всему окружающему, неспособность ни просить, ни принять помощь. Разнообразные состояния с расстройствами психики могут протекать с развитием тяжелых неврозов. Наиболее тяжело протекают кризисы у детей, подростков и старых людей. Появление после психотравмирующей ситуации повышенного уровня возбудимости, конфликтности, сверхбдительности, нарушение сна, соматовегетативного дисбаланса (лабильность артериального давления, частоты и ритма сердечных сокращений, головная боль, повышенная потливость, желудочно-кишечные и мочеполовые расстройства) являются причиной

акцентуации черт характера, деформации стиля поведения в сторону делинквентного, аддитивного, агрессивного, неизменно приводящих к выраженной социально-психологической дезадаптации. В тяжелых кризисных ситуациях «патология идентичности провоцирует выбор в качестве единственного способа самоутверждения индивида и масс людей настойчивое стремление «стать ничем», самоубийственную логику «чем хуже - тем лучше» (А. Толстых, 1996).

В современном понимании основ идентичности истоки ее остаются традиционными. Они содержат экономические, религиозные, политические, региональные или национальные, расовые, идеологические, этические аспекты, определяющие стереотипы поведения, шансы найти себя, свое место в обществе, стремление отдать себя служению общественной идее. Реальная перспектива развития широкой идентичности, за которую в настоящее время во многих странах ведется борьба, опирается на высокие технологии, на расширение мирового космического пространства (как «среды» всеобщей технологической идентичности), на признание ценности гуманистических человеческих взаимоотношений.

Помимо возрастного психологического кризиса, кризиса идентификации, человек подвергается кризисам «незапланированным». Это экстремальные кризисы - катастрофы, инфекционные эпидемии, террористические акты и войны с огромными людскими потерями, увечьями, травмами, искалеченными человеческими судьбами. Посттравматические стрессорные расстройства: острые, хронические, отсроченные, - пагубно влияют на здоровье и психическое развитие детей (Н. Тарабрина, 2001; О.Л. Романова, 1982).

Знание и понимание специалистами социальной работы, социальными педагогами, работниками приютов, служащими органов социального обеспечения развития психологических механизмов неврозов, психопатологических состояний, их возможных отрицательных последствий на здоровье детей и подростков необходимы для ранней психодиагностики кризисных состояний и своевременного их лечения.

Практическая подготовка социальных работников в овладении методами, приемами разнообразных тренингов, вмешательства в ситуацию, умение слушать, беседа, психологическое тестирование, индивидуальная психотерапия - все это способствует профилактике возникновения и развития психопатологических состояний, особенно таких, как самоубийство, убийство. Использование этих методик помогает подростку осознать мотив поступка, уменьшить глубину переживаний, получить облегчение. Осознание того, что его понимают, ему сопереживают, о нем заботятся, его любят и он всегда может получить поддержку, вызывает в ребенке, подростке ощущение безопасности, позитивного отношения к себе.

Основной принцип терапевтической работы - создание доверительных отношений с ребенком, подростком. С детьми беспризорными, безнадзорными этот процесс длительный вследствие их подозрительности, недоверчивости. Дети часто были обмануты в своих ожиданиях тепла и ласки, в своей первоначальной готовности к общению с «хорошим и добрым человеком». Длительная

эмоциональная депривация вследствие отрыва от семьи или потери семьи в условиях кризисной ситуации является одним из главных факторов, препятствующих адаптации ребенка в коллективе, в обществе. Специалисту требуется весь накопленный опыт работы с детьми и подростками разных категорий (беспризорные, безнадзорные, потерявшие родителей, пережившие оскорбление, унижение и насилие, получившие увечье, лишенные свободы и т.д.), чтобы выработать в них самоуважение, уверенность в себе, доверие к людям.

Психотерапевтическая беседа является той формой лечения, которую осознанно и неосознанно применяет каждый психологосоциальный работник или врач. Однако, в отличие от психологосоциального работника, который в этом отношении овладевает специальной системой знаний, методов, приемов и навыков, в современной системе здравоохранения курс психотерапия в обучение врача не включен. Врач приходит к этому интуитивно, методом проб и ошибок. Он часто вынужден применять «кризисную терапию», самостоятельно исследовать психосоциальный конфликт. От его опыта и интуиции, первого разговора зависят глубина понимания не только жизненной ситуации, в которой находится пациент, но и понимание его болезненного состояния, а также выбор метода или способа помощи.

Выбор вида психотерапевтической методики определяется создавшейся жизненной ситуацией, поведением ребенка (подростка) в реальной жизни, его трудностями, изоляцией, формами приспособления к окружающей среде, развившимися патологическими реакциями. Психотерапия определяется как система лечебного воздействия через психику на весь организм. Это преимущественно коммуникация с пациентом для воздействия на его болезненное соматическое и психическое состояние. Она планируется в рамках истории болезни и лечения, поэтому и используется как обучающий и изучающий метод. В процессе психотерапии наблюдаются систематическое развитие и раскрытие личности.

Большинство психотерапевтических методик применяется в вербальной форме - в форме диагностической беседы. Раскрывающие и «проигрывающие» возможности беседы способствуют появлению новых направлений в мышлении и деятельности личности, новых установок и форм поведения в различных жизненных ситуациях. В процессе беседы психолог, психотерапевт, анализируя жалобы, симптомы заболевания, историю жизни пациента, знакомится с его психосоциальным положением. Это имеет неопределимое значение для взаимоотношений психолога-социального работника и пациента и для готовности пациента к лечению. Благодаря внимательной, эмоционально открытой, располагающей к откровенности беседе со специалистом ситуация, как правило, складывается благоприятно. Откровенные вопросы психотерапевта, подбадривание наталкивают больного на ответы без ненужной фиксации на них внимания пациента, определяют новые направления для размышления: «Расскажите мне об этом подробнее. Как это переживалось тогда? Вы не рассказали о родителях, друзьях. Мы еще не говорили о сексуальности...».

Принцип выбора метода психотерапии определяется нозологией заболевания, остротой его проявления, характерологическими нарушениями личности, расстройствами, связанными с проблемами в семье, наличием комплексных расстройств с предрасположением к ним. В настоящее время наиболее часто применяются следующие виды психотерапии:

Суггестивная терапия. Терапия в состоянии бодрствования, естественного сна, гипноза, эмоционально-стрессовая психотерапия, континуальная наркопсихотерапия. Поддерживающая (суппортивная, суггестивная) психотерапия содержит технику проработки жизненного положения и поведения пациента в реальной жизни, его трудностей, его изоляцию и патологических реакций и способы его приспособления. Социальный работник должен определить те трудности, которые имеются на рабочем месте пациента, в его межличностных контактах на службе, в семье. Поддерживающая терапия показана пациентам со слабостью своего «Я», со склонностью к опасной ажитации, суицидальному поведению, наркоманам, больным с пограничными психозами. Используется техника активной проработки жизненного положения и поведения с учетом приспособления и патологических реакций. Важен контакт с родственниками (при их наличии) для выяснения условий жизни, общения в семье, дошкольном учреждении, школе, интернате. Эта форма терапии необходима также для детей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, для детей-инвалидов.

Семейная терапия, применяемая при расстройствах психики, связанных с семейными проблемами. Объектом лечения становится не отдельный человек, а в целом система семейных отношений, которые необходимо понять и изменить. Речь идет о шизофреногенных семьях, предрасположенных к неврозам и психосоматическим заболеваниям. При этом больной ребенок в такой семье считается еще и самым здоровым. Семейный конфликт вызывает сдерживание или разрыв отношений ребенка с семьей или с отдельными ее членами (матерью, отцом). Дети в таких семьях наиболее часто страдают нервной анорексией (отказ от пищи), булимией (постоянное желание есть), бронхиальной астмой, язвенным колитом. В семейной терапии особое внимание уделяется отношению ребенка не к самому себе, а его отношения к другим. Совместно с членами семьи определяются правила взаимодействия в семье с целью ее сплочения, выработки уверенности ребенка в собственных силах с опорой на семью. Такая тактика терапии способствует постепенному (через недели и месяцы) выздоровлению ребенка.

Аутогенная тренировка показана при различных видах вегетативных неврозов. Терапии предшествует объяснение индивиду ее принципов. Конечной целью является способность индивида регулировать свое эмоциональное состояние, быстро снимать напряжение, вызывать изменение функций в своем организме в желаемом направлении. Это достигается длительным пассивным самонаблюдением. Ребенок, подросток учатся достигать состояния, связанного с релаксацией - ощущения тяжести, тепла, прохладного лба, ровного дыхания. Этот тип терапии близок к восточным техникам самонаблюдения (медитации).

Аутогенная тренировка для снятия излишней напряженности показана также и здоровым детям.

«Разговорная терапия» эффективна при различных жизненных ситуациях. Метод основан на толковании, объяснении; показан детям, склонным к самоанализу (рефлексии).

Гештальттерапия - психодрама, созданные Ф. Перлсом (1917) и Я. Морено (1921) при характерологических нарушениях. Смысл гештальттерапии состоит в осознании пациентом реального настоящего. Незавершенные гештальты в виде разнообразных фантазий, желаний, потребностей, возникших в прошлом, проявляясь в настоящем, имеют деструктивный характер. Ребенку с этими проявлениями трудно жить в настоящем. Под руководством психотерапевта ребенок преодолевает внутреннее сопротивление, принимает ответственность на себя при усвоении им новой концепции своего «Я», достигает эмоциональной устойчивости. Психодрама показана подросткам с высокой степенью внушаемости, впечатлительным, с чертами инфантилизма. В ходе терапии производится постепенная подготовка ребенка к самостоятельности.

Поведенческая терапия применяется при разного рода фобиях. Наиболее частые фобии у детей - страх, страх темной комнаты, закрытого пространства, посещения врача-стоматолога, страх наказания даже за малейшую провинность и т.д. В основе поведенческой терапии модель неправильного поведения (болезни) рассматривается как «заученная» форма поведения. Методики лечения страха основаны на классической выработке условного рефлекса, сутью которого является систематическая десенсибилизация или конфронтация с раздражителем (вызвавшим страх) с помощью техники наплыва, привыкания, уговаривания. Новое желательное поведение ребенка формируется путем условного положительного подкрепления (усиления). Неправильное поведение должно игнорироваться без всякого подкрепления. Существенное значение имеет техника выработки у ребенка *эффекта самоподкрепления*. Для достижения определенной цели, в намерении подавления неправильного поведения ребенок награждает себя похвалой. Такой метод самоконтроля дает ему чувство собственной значимости и ответственности за свое поведение. Стратегия положительного и отрицательного подкрепления может быть эффективной при лечении хронических заболеваний.

Одним из вариантов *положительного подкрепления* являются приемы *накопления символов*: звезд, значков, жетонов, экранов соревнования. Они являются средством немедленного положительного подкрепления в случае успешного выполнения действия. В случае неправильного поведения система знаков выступает в качестве негативного средства - наказания (сумма знаков уменьшается).

Глубинная психотерапия и классический психоанализ чаще используются как варианты краткосрочной психоаналитической и психодинамической терапии. Выявление и раскрытие негативной информации происходит во время беседы с обсуждением проблемы. Способ ведения беседы носит директивный характер с элементами перенесения и контрперенесения. В случаях тяжело протекающего у ребенка, подростка истеро-невротического состояния, в особенности на фоне цереброорганической патологии (последствия черепно-мозговой травмы,

олигофрения, эпилепсия, шизофрения), интроспективная отягчающая терапия на основе глубинно-психологического метода, классического психоаналитического метода, нацеленного на вскрытие «ядра» конфликта, в начале лечения не показана.

Глубинная психотерапия возможна лишь на этапе частичного разрешения межличностного конфликта. Благодаря постепенной переработке острой конфликтной ситуации, не преследуя всеобъемлющей цели выяснения межличностных взаимоотношений, происходит дальнейшее «дозревание» личности ребенка, подростка. Курс лечения составляет 80 ч и проводится в течение 1-2 лет по 1-2 ч в неделю.

Психоанализ как форма терапии. Целью психоанализа являются регрессия и повторное переживание детских негативных переживаний, вскрываемых в свободных ассоциациях и сновидениях. Используется феномен перенесения, т.е. возобновление детских эмоциональных чувств (адресованных к родителям) на психотерапевта. Возникающий в ходе лечения невроз перенесения, его интерпретационная переработка и актуализация оказывают корректирующее влияние на процесс осознания ребенком своего «Я». Психоанализ в такой форме применяется при заторможенности, эмоциональном обеднении, коммуникативных нарушениях. Это способствует усилению собственного «Я» ребенка, повышению его устойчивости выдерживать нагрузки, способности к рефлексии, адаптации к условиям, которые изменить не представляется возможным в настоящее время.

Психоанализ может быть использован при условии стабильной жизненной ситуации и социальной обеспеченности. Он противопоказан подросткам и детям со слабостью своего «Я», больному психозом с тяжелыми расстройствами личности.

Особенно трудна работа с асоциальными детьми. Их жизненный отрицательный опыт, приобретенные негативные способы защиты, делинквентное поведение, инфантилизм в неспособности сознательного выбора и формирования своей судьбы требуют создания иной среды - с эмоциональной поддержкой, пониманием, одобрением. Для делинквентного поведения характерны грубая нецензурная брань, пьянство, проступки в виде воровства, избиения с нанесением повреждений другим лицам, за которые дети и подростки не несут уголовной ответственности. Разработка вариантов и создание такой психоэмоциональной поддержки в каждом конкретном случае осуществляются специалистами социально-психологической службы при участии воспитателей, педагогов, врачей, органов юстиции и правопорядка.

Психологосоциальную помощь необходимо широко развивать в целях воспитания в обществе терпимого отношения и сострадания к его «изгоям»: бомжам, тяжелым инвалидам, отказавшимся от детей родителям, беженцам, переселенцам.

Психологосоциальная работа тесно связана с психосоматической медициной. Определенные заболевания уже на ранних стадиях можно оценивать как психосоматические. В переводе с греческого *psyche* - дух, *soma* - тело. В современном понимании психосоматическая медицина рассматривается как

наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые связывают человека с окружающей средой. Она основана на принципе единства телесного и духовного. Поэтому для психологосоциального работника необходимо знание и понимание основных психических заболеваний, а также некоторых частных форм сложных психопатологических расстройств, возникающих под влиянием внешних и внутренних факторов, которые могут быть диагностированы психологосоциальным работником. Это - бредовые и галлюцинаторные расстройства с крайними вариантами фрустрации и трагическим исходом «против себя» - самоубийство или «против другого» - убийство. Знание клиники основных форм психических расстройств, в особенности у детей и подростков с их неадекватной сексуальной ориентацией (гомосексуализм, нарциссизм, сексуальный фетишизм и др.), своевременное направление к психиатру - предупредительная мера развития тяжелых психосоциальных конфликтов.

Амбулаторное консультирование детей, психолого-педагогическое консультирование родителей осуществляются в психоневрологическом диспансере, в кабинете психологической помощи, в центре социально-психологической помощи, где определяются виды психолого-социальной помощи, показания для стационарного лечения в различных профилированных медико-социальных учреждениях.

Ключевые понятия: психолого-социальные кризисы, акцентуация, делинквентное поведение, дезадаптация, эмоциональная депривация.

Вопросы для самопроверки

1. Определение понятия «кризис». Виды психологических кризисов.
2. Кризисные состояния, переживаемые человеком в периоде детства и отрочества.
3. Определение понятия «кризис идентификации». Стадии идентификации, переживаемые человеком в течение своей жизни.
4. Принципы построения терапевтической работы специалиста психологосоциальной работы с детьми.
5. Учреждения, осуществляющие психологическую консультацию детей и подростков.
6. Виды индивидуальной психотерапии, применяемые для лечения детей с патологическими реакциями психики.
7. Определение понятия «делинквентное поведение». Примеры.
8. Связь психолого-социальной работы с психосоматической медициной. Примеры.

Тема №7

Психолого-социальная помощь в местах лишения свободы

Принудительное лишение свободы - одно из наиболее тяжелых наказаний для человека. Осужденный испытывает одновременное воздействие двух враждебных ему сил. Это подчинение требованиям официальной власти и

неформальному кодексу «воровского закона». На заключенного влияет целая группа факторов, каждый из которых может быть ведущим в развитии деформации психики вплоть до полной деструкции личности.

Основные из них:

1. лишение свободы как таковой;
2. изоляция от социума (от привычных условий жизни: семьи, друзей, коллектива) и одновременно «быть в изолированной группе» с ее жесткой кастовой структурой;
3. ограничение, искажение или отсутствие информации из внешнего мира;
4. изменение восприятия пространства и времени;
5. гиподинамия (при отсутствии какой-либо трудовой занятости);
6. нарушение суточных биоритмов (дня, ночи);
7. постоянная тревога, страх физического и психического насилия, тяжелого заболевания (ВИЧ, сифилис, туберкулез и др.);
8. межличностные и групповые конфликты с непредсказуемым финалом: дисциплинарные нарушения; жестокие разборки, убийство, мятеж с захватом заложников, побег, сопряженный с убийством представителя власти.

Совокупное действие стрессоров сопровождается развитием различных неврозов, психореактивных состояний, суицидального поведения.

Основные принципы психолого-социальной работы с заключенными

Главной целью психолого-социальной работы с заключенными является изменение поведения человека и ресоциализация. Достижению этой цели способствует *решение следующих задач:*

1. формирование механизма адаптации к социальной изоляции;
2. адаптация заключенного к месту лишения свободы (тюрьме, колонии);
3. выработка адекватного восприятия официальной власти;
4. выработка адекватной мотивации к жизни на свободе.

Решение этих задач требует от специалиста большого терпения, внимания и наблюдения. Тюрьма формирует ущербную личность. Деформация психики, уродливость взаимоотношений с сокамерниками, депрессия и аффектация, ощущение бессилия и постоянной зависимости усиливают напряженность конфликтов, инвертируют характер, усиливают его негативные характеристики. Заключенный в состоянии подозрительности, недоверия, ощущения скрытого подвоха неохотно идет на контакт либо отказывается от общения со специалистом. Поэтому на первом этапе работы подобная встреча может быть кратковременной, поведение специалиста должно быть доброжелательным. Не рекомендуется в ходе наблюдения, беседы делать пометки, записи. Не менее 2/3 времени планируемой встречи надо предоставить заключенному для исповеди.

Наиболее эффективным видом общения психолого-социального работника и заключенного являются понимающая и директивная формы общения. Понимающая (диагностическая) беседа ориентирована на понимание собеседника, его уважение, на отсутствие негативных оценок его состояния, высказываний. Директивное общение направлено на психологическое воздействие для достижения определенных целей.

Очень важно поведение психолого-социального работника в процессе самой беседы с заключенным, который оказался в конфликтной ситуации. Заключенный осознанно или неосознанно может использовать демонстративно-наступательную, обвинительно-агрессивную манипулятивную технику по отношению к психологу. Возможны и другие варианты - роль несчастного, несправедливо обиженного, угрозы, шантаж. Специалист должен быть всегда готов к проявлениям подобного рода провокаций, сохранять уверенность в себе и доброжелательность к заключенному. При агрессивном поведении спокойно молчать, уметь слушать, дать время человеку выговориться. При поведении, рассчитанном на проявления жалости, следует выказывать доброжелательность и понимание. Эмоциональные всплески непродолжительны и вскоре угасают, заключенный постепенно успокаивается.

Большое значение для эффективного общения имеют навыки определения специалистом видов коммуникационных каналов и владение технологией их использования в процессе коммуникации. Визуальный, аудиальный, кинестический способы наблюдения имеют свои особенности восприятия и передачи информации. Важно также и выявление преимущественного вида коммуникации человека: вербального, невербального с индивидуальной окраской паралингвистической и экстралингвистической системы знаков: тон, диапазон голоса, темп речи и ее эмоциональность, паузы, покашливание и т.д.

Новый и опасный этап жизни для заключенного начинается со следственного изолятора. Как и в тюрьме, его жизненное пространство ограничено рамками камеры, территорией, доступной для всех. Человек не может контролировать и полностью охранять свое личное пространство. Оно становится абстрактным. Но и в такой деформированной форме личное пространство все же существует. Поэтому при общении психолог не имеет права без согласия подопечного вторгаться в его личную жизнь. Социальная работа дает больший эффект, если специалисту удалось вызвать к себе симпатию. От уровня познания (перцепции) личности подозреваемого (заключенного): его внешней оценки, эмоций, поступков и действий - зависит выполнение задачи - добиться адаптации к месту лишения свободы и последующей возможной ресоциализации заключенного.

Заключенного надо заинтересовать предложением обсудить его проблемы, пробудить желание осознать эти проблемы. При повторных встречах преодоление коммуникативного барьера легче достигается с использованием различных видов арттерапии. Наблюдая, можно заметить, как человек пока еще неосознанно обратил внимание на рисунок, книжку, игрушку, растение, аквариум с рыбками, прислушался к тихой мелодии. Нужна пауза. Воспоминание. Поза, мимика, движения подскажут характеристику эмоции.

Психологическая диагностика состояния личности методом наблюдения

Признаки психологического состояния:

- *Человек в состоянии нервного напряжения, эмоции отрицательные, отношение негативное:* при курении глубокие затяжки, постоянное сбрасывание пепла с конца сигареты; наклон головы вперед, зрачки

сужены, прижатые друг к другу лодыжки ступней либо перекрещенные ноги, скрещенные руки на груди, руки заложены за спину с захватом запястья.

- *Человек лжет:* спрятанные в карманы ладони, сцепленные пальцы рук, отводит глаза в сторону, потирает ладонью затылок, движение рук к лицу, прикосновения к носу, подбородку, ушам, шее.
- *Человек испытывает чувство превосходства, раздражен, испытывает нетерпение закончить беседу, его позиция наступательная, с таким человеком продуктивный контакт затруднителен:* руки заложены за голову, потирает шею сзади, руки подняты вверх, пальцы сцеплены, наклон головы вперед, постукивает пальцами по столу, ногами по полу; закуривает, выдувая струю дыма из угла рта вниз; поиграв очками, откладывает их в сторону; собирает ворсинки с одежды и сбрасывает их в сторону; скрестив руки на груди, сжимает пальцы в кулак.
- *Человек говорит правду:* раскрытые вверх ладони, открытые большие пальцы, движение в сторону собеседника.
- *Человек готов к разговору, действиям, однако он еще сомневается, нуждается в одобрении:* в положении сидя наклон туловища вперед, наклон головы в сторону, зрачки расширены, поглаживает подбородок, что-либо берет в рот, например карандаш, палец, снимает и надевает очки.

Полученную информацию об особенностях личности заключенного, свои впечатления и выводы специалист по психолого-социальной работе с заключенными фиксирует в журнале наблюдения сразу после окончания беседы. Психологическое заключение содержит следующие оценки:

- внешние признаки - внешний вид, коммуникабельность, настроение, собранность, агрессивность, уверенность, чувствительность;
- характеристика поведения: «изолированность» в группе, грубость, нецензурная брань, мнительность, конформность, конфликтность, склонность к агрессии, эгоизм, претензия лидерства;
- нарушение дисциплинарных мер - наркомания, алкоголизация, сексуальные отклонения, готовность к суициду и случаи суицида, воровство, лживость, побег;
- наличие патологических изменений психики - неврозы, расстройства памяти, склонность к судорожным припадкам, членовредительство, расстройства сна, навязчивые мысли, сверхценные идеи, паранойя.

Психологическое сопровождение заключенного к тюрьме способствует преодолению стресса, вызванного создавшимися условиями среды. Человек в страхе. Он одинок. Необходимо помочь ему определить адекватную стратегию выживания в агрессивной среде. Человек как форма жизни во всех своих действиях и целях подчиняется одной единственной команде - выживай! Несмотря на физические и душевные страдания через преодоление состояния гнева, апатии в человеке возникнет внутренний изначальный импульс к выживанию. Но жизнь есть коллективное усилие, и только в тесной связи с другими людьми человек выживает. Здесь очень важным моментом является

помощь специалиста в усвоении заключенным его социальной роли в группе, в сохранении чувства собственного достоинства в агрессивном окружении, в избегании выпадения в группу риска (стукачи). Группы, в которых психолого-социальный работник осуществляет свою деятельность, объединяют людей, испытывающих серьезные социальные и жизненные трудности. Они нуждаются в поддержке, в обретении уверенности, самоуважения.

Адекватное восприятие заключённым наказания (лишение свободы) означает принятие им ответственности за содеянное зло. Осознание заключенным ответственности в определенной мере облегчает задачу специалиста в предупреждении конфликта в группе.

Как и при разрешении межличностных проблем и возникших на их основе конфликтов, в работе специалиста с группой также возникают проблемы. Одной из наиболее сложных задач является работа с трудными людьми. Их агрессивное поведение, негативные эмоции способны обострить психологическую атмосферу в группе, создать деструктивный конфликт. Решение сложных проблем - процесс трудоемкий. Необходим значительный объем усилий, энергии, информации, знания и навыки для изменения психологической атмосферы в исправительном учреждении. Эта работа выполняется совместными усилиями администрации, психологами, психотерапевтами, врачами, воспитателями, педагогами и другими специалистами.

Практика психолого-социальной работы в исправительных учреждениях показывает, что методики индивидуальной работы с заключенным более эффективны, чем групповая психотерапия. Перечень индивидуальных методик включает ряд приемов снятия эмоционального напряжения. Это дыхательные упражнения. Достижение *эмоционально-мышечной релаксации* в спокойной обстановке кабинета психологической разгрузки в положении сидя, лежа, в сопровождении успокаивающей музыки позволит заключенному овладеть этой методикой и в условиях камеры. Такой же механизм релаксации задействован в различных способах *медитации*. Воздействие медитации способствует общему расслаблению, успокоению чувств и мыслей; распознаванию в себе источника тревоги, напряжения, боли, освобождению себя от них; воспитанию доброты, терпимости, умению прощать себя и других, желать счастья себе и окружающим.

В последние годы все большую известность приобретают методы самопомощи. Они уже тем замечательны, что действуют в любом месте и времени: на суше, в воде, в воздухе и под землей, в любое время суток и года, в любых условиях окружающей среды.

Ключевые понятия: деструкция личности, конфликт, суицидальное поведение, невроз, социальная адаптация, директивное общение, ресоциализация.

Вопросы для самопроверки

1. Социальные и психологические факторы, оказывающие воздействие на заключенного в тюрьме.
2. Изменения психики, возникающие у заключенного под воздействием негативных факторов.

3. Суть основной цели психолого-социальной работы с заключенным.
4. Причины и содержание конфликтов у заключенных.
5. Формирование психологии личности заключенного.
6. Виды общения с заключенными в тюрьме, используемые психолого-социальным работником.
7. Виды, способы психодиагностики, применяемые специалистом психолого-социальной работы при первом и последующих посещениях заключенного.
8. Характеристики личности заключенного, учитываемые специалистом психолого-социальной работы при планировании повторной беседы с заключенным.
9. Объем информации о заключенном, необходимый специалисту психолого-социальной работы для подготовки к общению с заключенным.
10. Каких изменений в психике личности заключенного (в восприятии и поведении) ожидает специалист по психолого-социальной работе в процессе работы со своим подопечным?
11. Психологическое сопровождение в тюрьме. Его психологический и социальный смысл.
12. Виды и способы психологического воздействия, пригодные для индивидуальной и групповой терапии с заключенными.
13. Суть понятия ресоциализация заключенного, его психологический и социальный смысл.

Тема №8

Консультирование родителей по проблемам детей и подростков

Общие принципы работы с родителями в процессе консультирования

Психосоциальная «атмосфера» в общине зависит от настроения входящих в нее семей. На психологический климат в семье оказывает влияние «семейный фонд» - жизненный опыт, обретенный многими поколениями. Семейные предания и семейный опыт собраны, «переработаны», специфически оформлены и передаются из поколения в поколение различным образом:

- а) в играх с ребенком;
- б) путем выбора определенных «любимых» сказок, песен и другого фольклорного материала;
- в) через «семейные легенды», семейные мифы («Наш де, душка, всегда...»), семейные привычки, лексикон, любимые выражения предков, интересы, коллекции, вещи (наследство); в родительском благословении, наказах, напутствиях и запретах.

Травматический опыт оставляет глубокий след на жизненном укладе семьи, оказывая влияние на формирование ее «фонда» - меняются привычки, традиции, социальные нормы, интересы. Место традиционных «семейных легенд» начинают занимать «травматические истории», полные нетерпимости и агрессии, униженности и отчаяния.

Важное значение в формировании психологического климата в семье имеет также ее структура. Обычно семья организована по двум «стержневым принципам» - по силе и поддержке. Первый относится к тому, как семья принимает важные решения - кто более авторитетен и чаще принимает решения, единолично или совместно, включая детей. Второй относится к уровню привязанности и эмоциональной насыщенности контактов между членами семьи - это взаимная поддержка, одобрение и теплая забота.

Все вышесказанное должен учитывать работник при консультировании семей, находящихся в тяжелом кризисе: оценить всю «картину» в целом, определить общую атмосферу, царящую в семье. Особое внимание надо уделить негативным факторам, влияющим на формирование «семейного фонда». Это имеет решающее значение для предупреждения проявления деструктивных тенденций и отношений как внутри семьи, так и вне ее, на уровне всей общины. Семейное консультирование очень мощный инструмент для предотвращения невольной передачи травматического опыта будущему поколению и формирования травмированного сообщества.

Цель методики: Главная задача семейного консультирования - оздоровление социально-психологического климата в семье, формирование позитивных взаимоотношений и жизненной позиции ее членов. Конечная цель подобного вмешательства - это создание здоровой социально-бытовой атмосферы в сообществе, сохранение его социально-культурной самобытности и укрепление устоев. Все это дает возможность находящемуся в кризисе человеку утвердиться в своем чувстве принадлежности к общине, полезности семье и обществу, помогает успокоить уязвленное самолюбие, восстановить чувство собственного достоинства и вновь обрести утраченную идентичность.

Процедура: Семейное консультирование в полевых условиях чаще всего проходит в местах непосредственного проживания семей. Работу может проводить один фасилитатор, но если позволяют ресурсы, лучше вместе с кофасилитатором. Его задача - следить за невербальными маркерами процесса и облегчать работу ведущего, поддерживая обратную связь с ним. Обычно процедура начинается беседой с одним или несколькими членами семьи о насущных социально-бытовых проблемах. Затем постепенно, по мере приобретения доверия, беседа превращается в интервью. Благодаря такому консультативному интервьюированию работник помощи, задавая вопросы, не только получает важную информацию о взаимоотношениях в семье и ее социальном функционировании, но, сопоставляя факты, проясняет и корректирует негативные моменты, прямо или косвенно питающие и поддерживающие последствия травмы. Это могут быть темы изолированности, отчужденности от социума, агрессии и нетерпимости к «другому», виктимности, «образа врага» и многое другое. Процедура состоит из последовательных фаз: 1) сбора информации, 2) прояснения и 3) коррекции. В ходе консультации важно поощрять инициативу всех присутствующих членов семьи высказать свое мнение, нельзя прерывать даже их взаимные пререкания и споры. Это дает возможность лучше понять, какие установки и стили отношений наличествуют в семье. Очень важно не увлекаться советами. Лучше, если члены семьи на основе

сопоставления информации и ее анализа сами придут к определенным выводам. В фазе коррекции можно применять соответствующие «живые истории» и метафоры, облегчающие прояснение проблемы. Некоторые вопросы, особенно касающиеся косвенной травматизации детей в семье, следует рассматривать отдельно, в их отсутствие. В завершение процедуры можно составить вместе с семьей небольшой план дальнейших действий и согласовать время следующей встречи. Можно ограничиться и одной сессией, но, если позволяют временные и человеческие ресурсы, вторая встреча крайне желательна: обычно члены семьи встречаются работников помощи более подготовленными и воодушевленными теми результатами, которых они уже добились. Именно на второй встрече проясняются все важные нюансы, упущенные раньше, создается настоящий партнерский союз, объединяющий усилия членов семьи по преодолению последствий травмы и выходу из кризиса.

Семейное консультирование - непростая процедура. Если ее проводить на профессиональном уровне, можно добиться большого эффекта не только в плане предупреждения травматизации подрастающего поколения и оздоровления психологического климата семьи, но и в плане переработки травматического опыта, смягчения психологических и даже психосоматических последствий травмы.

Поэтому начинающий специалист должен быть всегда открытым к получению новой информации в этой области. Мы надеемся, что читатель (будущий работник помощи) самостоятельно обнаружив на практике различные нюансы процедуры, не ограничится приведенными данными и пополнит свои знания из других источников. Польза: С помощью этой методики можно добиться настоящего прорыва в плане преодоления кризиса на уровне всей семьи. Участвующие в иных формах реабилитации члены семьи, несомненно, привносят в нее «позитивный заряд», но он быстро гасится остальными, не участвующими в подобных мероприятиях. Поэтому процесс преодоления кризиса на уровне семьи при работе только с одним ее членом (например, в группе самопомощи или в реабилитационной группе детей и подростков) затягивается и требует более или менее постоянного пополнения «позитивного заряда». Семейное консультирование имеет преимущество, так как учитывает все факторы внутрисемейного функционирования и содействует работе над проблемами каждого из членов семьи. Отметив эти различия, мы хотим подчеркнуть важность семейного консультирования. И, хотя оно отнимает у работника помощи много времени и сил, требует компетентности и профессионализма, семейное консультирование, несомненно, заслуживает особого внимания как очень мощный и эффективный инструмент практического психолога в сфере психосоциального вмешательства.

Вопросы, связанные с консультированием по детским проблемам, рассматриваются отдельными академическими и практическими психологами с разных позиций.

Некоторые считают, что консультирование ребенка - это вполне самостоятельный раздел психологической практики. Консультируется сам

ребенок, а его окружение (мамы, папы, дедушки и бабушки) играют вторичную роль.

Мы же придерживаемся иной точки зрения (Меновщиков, 1998). Ни о каком самостоятельном консультировании до подросткового периода и речи быть не может.

Дети, в силу личностной и физической незрелости, не способны и не должны принимать полностью самостоятельные решения в кризисных и проблемных ситуациях. Следовательно, работая с ребенком, психологи занимаются воспитанием, психодиагностикой и психокоррекцией, но никак не консультированием. Фокус же консультирования ориентирован на ближайшее взрослое окружение ребенка и прежде всего на его родителей. Получается, что психолог-консультант, работающий в детской сфере, должен быть более широким специалистом, чем его коллега, работающий со взрослыми проблемами, так как ему необходимо хорошее знание не только основ консультирования, но и психодиагностики, психокоррекции и т.д.

В процессе консультирования психолог вступает в контакт с родителями несколько раз: в ходе первичной беседы при записи, при обстоятельной беседе по поводу истории развития ребенка, при обследовании ребенка и, наконец, в процессе заключительной беседы по результатам обследования. Каждая из этих встреч имеет как общие, так и специфические задачи и особенности проведения. Свои особенности имеет и работа психолога с родителями, родственниками ребенка, учителями, воспитателями и другими близкими. Остановимся на некоторых общих принципах взаимоотношений психолога-консультанта с лицами, обратившимися по поводу ребенка.

Первой обязательной предпосылкой успешного результата консультирования является умение психолога создать доверительные, открытые отношения с родителями (или учителями) ребенка. В основе доверительных отношений лежат безусловное уважение, признание того беспокойства, которое обратившиеся в консультацию люди испытывают в связи с ребенком. Чрезвычайно способствует установлению контакта умение консультанта показать свое отношение к родителям как к взрослым, искренне заинтересованным в устранении трудностей ребенка, глубоко знающим и понимающим его. Такое отношение несовместимо с прямой или косвенной критикой действий родителей, сомнениями в их педагогической компетентности. В литературе указывается, что эти подчас необходимые виды обратной связи уместны лишь после анализа всей совокупности сведений о ребенке, включая результаты его психодиагностического обследования, но и тогда они требуют облечения в особую форму. Что же касается первых встреч, то любой намек на неодобрение действий родителей может спровоцировать у них сильные защитные реакции и по меньшей мере закроет путь для обсуждения всех сторон проблемы (Бурменская, Карабанова, Лидере, 1990). (Так, например, в самом начале своей консультативной деятельности я встретился с мамой, обнаруживавшей сильные защитные реакции вытеснения, отрицания и рационализации при любом моем намеке на ее вклад в развитие мутизма у дочери. Причем ее негативные оценки

консультанта носили не прямой характер, а облекались в речь ребенка: «Она сказала про дядю-консультанта, что он ерундой занимается...» и т.п.).

Поэтому на первой и второй встречах с родителями необходимо уделить специальное внимание разъяснению возможных целей и задач консультирования. Следует учитывать, что в условиях нашей страны, где психологическая служба еще только организуется и население практически не имеет опыта получения психологической помощи, у многих родителей складываются о ней неверные представления и ожидания (недооценка объема и сложности процесса консультирования, прежде всего по времени, установка на получение готового «рецепта», рентная ориентация и др.). Следовательно, на первых двух встречах с родителями чрезвычайно важно разъяснение структуры и задач консультативной работы, назначения психодиагностического обследования, формирование установки на совместный и разносторонний анализ проблем ребенка. Специальных разъяснений требует также направление ребенка на консультацию к другим специалистам (логопеду, психоневрологу и т.д.). На любом этапе консультативной работы своим заинтересованным отношением и всесторонним рассмотрением проблемы психолог должен стремиться освобождать родителей от тяжелых чувств, стимулировать их внимание к позитивным сторонам проблемы и активный поиск возможных ее решений.

Необходимо предупреждать родителей о трудностях, осложнениях и препятствиях в процессе проведения коррекционной программы. Недопустимо, чтобы у них сложилось представление о легком разрешении проблем, так как подобная установка может привести лишь к преждевременному и неоправданному разочарованию в возможностях психологической помощи. Психолог должен также предупредить возможность возникновения у родителей (и равным образом у учителей) ожидания немедленных результатов. Очень важно, чтобы, ориентируя на достижение желаемого результата, психолог не внушал бы в то же время неоправданных ожиданий, которые могут принести, в конечном счете, лишь чувство обманутых надежд. В обязанности психолога входит повторное консультирование родителей или учителей по мере необходимости. Нередко практикуются многократные встречи и длительная психотерапевтическая работа. Беседа, проводимая психологом по итогам всестороннего изучения случая, преследует несколько целей: 1) подробное обсуждение общего состояния психического развития ребенка, а также характера, степени и причин выявленных трудностей, условно-вариантного прогноза; 2) совместная разработка системы конкретных мер помощи или специальной коррекционной программы; 3) обсуждение проблем родителей, их отношения к трудностям ребенка; 4) планирование последующих встреч (в случае необходимости) (Бурменская, Карабанова, Лидере, 1990).

Ряд американских авторов выделяют в заключительной беседе консультанта с родителями четыре основных этапа и предлагают следующие рекомендации по ее проведению. Желательно вести беседу одновременно с обоими родителями, так как это помогает получить более объективную и разностороннюю картину жизни ребенка и, кроме того, позволяет родителям почувствовать общую ответственность за судьбу ребенка. В начале беседы нужно

побудить родителей к свободному, откровенному обсуждению проблем ребенка, выяснению интересующих их вопросов. Необходимо также выяснить их представления о причинах трудностей ребенка и средствах их разрешения, помощи, их мнение о том, какие цели можно ставить перед ребенком, на какое будущее его ориентировать. На втором этапе беседы предполагается сообщение результатов психологического обследования. Конкретные данные помогают преодолеть ошибочные представления о характере и степени трудностей ребенка. Необходимо стремиться к выработке реалистического представления о трудностях ребенка. После этого (третий этап) обсуждается специальная программа действий. Наконец, в заключение беседы обсуждается отношение родителей к проблемам ребенка, и планируются последующие встречи. В процессе беседы важно проявить теплоту, понимание, уважение. Эффективность беседы, по Сарансону (см.: Бурменская, Карабанова, Лидере, 1990), оценивается по тому, могут ли родители более или менее уверенно действовать на основе тех сведений и рекомендаций, которые они получили от консультанта.

Основные проблемы дошкольников

Как показывают современные исследования в области возрастной психологии, на протяжении дошкольного периода у ребенка интенсивно развиваются все психические функции, формируются сложные виды деятельности (например, игра, общение со взрослыми и сверстниками). В это же время происходит закладка общего фундамента познавательных способностей, в личностной сфере формируется иерархическая структура мотивов и потребностей, самооценка, элементы волевой регуляции поведения. Активно усваиваются нравственные формы поведения. Развитие, как правило, сопровождается определенной проблематикой, могущей стать предметом психологической консультации.

По данным Г.Б. Бурменской, О.А. Карабановой, А.Г. Лидерса, наиболее многочисленную группу посетителей психологической консультации составляют родители с детьми, у которых отсутствуют какие-либо отклонения от нормального хода развития, но в то же время есть определенные трудности, связанные с их возрастными или индивидуально-психологическими особенностями.

Типичны жалобы родителей на: непослушание и упрямство детей (особенно в кризисные периоды); плохую память; невнимательность; неорганизованность поведения; медлительность; робость; неусидчивость; ленность; «беззастенчивость»; лживость (за которую нередко принимают так называемую «псевдоложь», т.е. детское фантазирование); слабоволие (точнее, произвольность поведения) и др. (Бурменская, Карабанова, Лидерс, 1990).

Эти многообразные жалобы имеют в своей основе несколько причин, которые можно объединить в две большие группы: причины, связанные с детьми, и причины, связанные с родителями.

Причины, связанные с детьми:

1. *Действительная задержка умственного или общего психического и личностного развития (инфантилизм).* Причиной может быть ослабленное

нервно-психическое или соматическое здоровье. Возможны слабовыраженные органические нарушения нервной системы: церебрастения, компенсированная гидроцефалия, остаточные симптомы родовых травм, последствия ранних инфекционных заболеваний и т.д.

Тактика: психодиагностика, психокоррекция, консультации и работа психоневролога, дефектолога, логопеда. Из диагностических процедур часто используются тесты на интеллектуальную деятельность. Более подробное их рассмотрение не входит в наши задачи, и мы просто отсылаем читателя к соответствующей литературе.

2. *Формирование акцентуаций характера.* Акцентуации - своеобразные заострения характера - хорошо описаны в соответствующей литературе (Леонгард, 1989; Линко, 1977). В сочетании с неправильным типом воспитания акцентуация приводит к психопатическому развитию. Например, сочетание истероидной акцентуации с потворствующей гиперпротекцией в воспитании («кумир семьи»).

Тактика: психодиагностика, консультирование родителей, рекомендации по поводу воспитания.

3. *Ускоренное психическое развитие (общее и парциальное).* Ребенок вдруг начинает несоответственно возрасту читать, писать, рисовать, слагать стихи и т.д. и т.п. Такие случаи являются более редкой причиной обращения за помощью к психологу-консультанту, но в практике встречаются.

Тактика: психодиагностика, индивидуальная программа занятий.

4. *Нарушения в сфере общения со сверстниками.* Практика консультирования подтверждает раннее деление на «популярных» и «непопулярных» (иначе «звезд» и «изолированных»). Особенно тяжелые последствия несет положение отвергаемого. Возникает стойкое негативное отношение к общению, пассивность, высокая тревожность, конфликтность, агрессивность поведения и др.

Тактика: консультирование воспитателей, психокоррекция.

5. *Нарушения в сфере взаимоотношений в семье (синдром единственного ребенка, конкурентные взаимоотношения с братьями или сестрами).*

Тактика: семейная терапия.

6. *Левостороннее доминирование руки или смешанная латеральность.* Показано, что у этой группы детей достоверно чаще наблюдаются различные осложнения в формировании психических функций: речи, пространственного анализа, тонкой моторики и др.

Тактика: психокоррекция, индивидуальная программа занятий,

7. *Наличие конкретной симптоматики (страх, заикание, энурез и т.д.).* Случаи появления симптоматики могут быть связаны как с конкретной единичной психотравмой (например, ребенка испугала собака), так и с характером взаимоотношений в семье (например, энурез как протестная реакция при появлении младшего брата или сестры, которым родители уделяют много внимания и т.п.).

Тактика: лечение у врача-психотерапевта, семейная терапия.

8. *Адаптация при поступлении в дошкольное учреждение, готовность к школе.* У многих детей возникают разнообразные дезадаптивные реакции - от капризного поведения до соматических симптомов типа повышения температуры или рвоты. Важно также выявить степень готовности к постижению школьной программы, развитие различных психических функций, личностно-межличностную готовность и т.д.

Тактика: психодиагностика, психокоррекция, программы подготовки.

Причины, связанные с родителями

1. *Незнание родителями возрастных норм развития.* Неверные воспитательные установки и представления. Широко распространена установка навсегда послушного ребенка и стремление добиваться постоянного превосходства своего ребенка над другими, что приводит к завышению требований, предъявляемых детям, при этом недооценивается значение личностных форм общения и игровой деятельности в развитии ребенка.

Тактика: информирование, просвещение. Но необходимо учитывать, что часто воспитательные установки отражают проблемы родителей, их личностные черты, следовательно, необходимо консультирование или психотерапия родителей.

2. *Психологические проблемы самих родителей.* Например, развод с мужем вызывает у женщины стойкие негативные чувства к нему и зачастую перенесение на сына аналогичных чувств: «Он такой же ленивый, как его отец...». В качестве самодиагноза женщиной называется генетическая запрограммированность.

Тактика: консультирование родителей, семейная терапия.

3. *Личностные характеристики родителей.* Авторитарность, эгоцентризм, негибкость поведения, недостаточная зрелость, тревожность и др. часто приводят к обращениям по поводу проблем у детей. Работают механизмы проекции.

Тактика: консультирование и психотерапия родителя.

4. *Потребность в рекомендациях по поводу оптимальной нагрузки, режима дня, воспитания приемных детей и т.п.*

Тактика: информирование, просвещение.

Школьные проблемы

Наиболее часто родители излагают свою жалобу-запрос в терминах, которые можно сгруппировать вокруг одной из проблем:

1. *Плохая успеваемость.* Плохо по всем предметам, плохо с чтением, отставание по математике, и т.п.

2. *Индивидуально-личностные качества.* Ребенок характеризуется как медлительный, неорганизованный, упрямый, необщительный, драчливый, боится опоздать в школу и т.д.

3. *Особенности межличностных отношений ребенка со сверстниками и взрослыми.* У него (нее) нет друзей, задрали в школе, бьют в классе, учитель предвзято относится к ребенку и т.п.

Психолог, к которому обратились за консультацией, в первую очередь должен определить для себя причину обращения. Часто в основе школьных неудач может лежать какая-либо форма психогенной школьной дезадаптации. Обычно выделяют четыре таких формы:

Первая – несформированность элементов и навыков учебной деятельности.

Вторая – несформированность мотивации учения.

Третья – неспособность произвольной регуляции поведения, внимания, учебной деятельности.

Четвертая – неумение приспособиться к темпу школьной жизни.

Работа по поводу неуспеваемости объединяет методы психодиагностики, консультирования и последующей психокоррекции. Схематично она может строиться следующим образом.

Проверяется, не нарушены ли познавательные процессы (интеллект, память, внимание и т.д.).

Проверяется обучаемость (сформированность элементов учебной деятельности и т.п.).

Анализируются особенности учебной мотивации, уровень притязаний, интересы.

Проверяются учебные навыки (пробы на чтение, письмо и т.д.).

Выясняется эмоциональный компонент неуспеваемости (как ребенок относится к оценкам и т.д.).

Выясняются типичные виды помощи родителей ребенку (кто занимается с ним, как много и т.д.).

Важно также выяснить предысторию консультируемого случая (с чем сами родители связывают неуспеваемость, что явилось поводом обращения к психологу или случаи обращения к врачу и т.п.).

В случае жалоб на индивидуально-личностные особенности стоит соблюдать несколько правил: психолог-консультант должен наполнить жалобу-запрос конкретным содержанием (какие именно поведенческие ситуации стали основой обращения); обеспечить «стереоскопичность» взгляда на ситуацию (и взгляды на нее родителей, и взгляд психолога, и материалы психодиагностики); в любом случае работа психолога состоит не в констатации (подтверждении) наличия «отрицательного» качества у ребенка (чего в ряде случаев только и ждет от психолога родитель), а в выдвижении совместно с родителем гипотезы об истории его развития и путях последующего преодоления (или, наоборот, путях принятия этого качества родителем) (Бурменская, Карабанова, Лидерс, 1990).

По-видимому, наиболее трудны случаи, когда запрос родителей с самого начала лежит в области межличностных отношений ребенка (со сверстниками, учителем, самими родителями).

Типичным является запрос о трудностях личных взаимоотношений родителя с ребенком. Один из принципов работы возрастного психолога-консультанта в подобной ситуации - это принцип отстаивания интересов ребенка. В области детско-родительских отношений выделяют обычно три направления работы.

1. Повышение социально-психологической компетенции родителей, обучение их навыкам общения, разрешения конфликтных ситуаций, улучшения стиля родительского поведения и т.п.

2. Работа с семьей в целом с точки зрения, как диагностики внутрисемейной ситуации, так и коррекции и терапии.

3. Работа преимущественно с ребенком (над коррекцией и развитием различных познавательных процессов, поведенческих трудностей, личностных проблем и развитием личности). Психологам, недостаточно знакомым с построением конкретных диагностических и коррекционных программ, рекомендуем посмотреть работы, посвященные данной теме, а также пройти соответствующее обучение и стажировку.

Ключевые понятия: индивидуальная работа, групповая работа, акцентуации характера, инфантилизм.

Вопросы для самопроверки

1. Какие задачи должен ставить перед собой психолог-консультант, приступающий к консультированию родителей по поводу их ребенка?
2. Опишите примерный алгоритм (этапы) беседы с родителями.
3. Какие причины обращений родителей могут быть связаны непосредственно с детьми-дошкольниками?
4. Назовите типичные причины обращений за консультацией, связанные с самими родителями.
5. Перечислите основные школьные проблемы и возможные их причины.
6. Как строится работа психолога-консультанта по поводу школьных проблем ребенка?
7. Выделите 3 направления консультирования в области детско-родительских отношений.

Тема №9

Влияние наркомании на современного подростка

Во всем мире люди обеспокоены широким распространением наркотиков и злоупотреблением ими, в особенности использованием психоактивных наркотиков. К ним относятся те, которые вызывают изменения в мышлении, поступках и чувствах индивида. Некоторые из психоактивных наркотиков широко известны и легальны, например, никотин и алкоголь. Однако злоупотребление ими приводит к зависимости и проблемам со здоровьем. Другие психоактивные наркотики назначаются врачом, сюда относятся, например, диазепам (валиум) и кодеин. Употребление их может принять форму зависимости, если они используются не по назначению. И наконец, существует группа наркотиков, которые называются «уличными наркотиками» ввиду их нелегальности. К ним, например, принадлежит героин.

Все психоактивные наркотики вызывают изменения в мышлении, чувствах и поведении человека. Очень часто эти изменения драматичны и приводят к серьезным острым реакциям, которые могут быть опасны в физическом и (или)

психологическом отношении. Человек может пережить смятение, панику, ярость. Во всех случаях ему необходимо уделить внимание.

После долгого употребления все наркотические вещества могут вызвать зависимость. Все они могут послужить причиной (а также быть следствием) серьезных физических и психических (эмоциональных) проблем. Процесс зависимости имеет физическую и эмоционально-психологическую стадии и обычно, не ослабевая, продолжается вплоть до серьезной болезни индивида или его преждевременной смерти.

Все психоактивные наркотики опасны на любом уровне, и, даже если с ними смирились и используют их (как например, алкоголь в быту или кодеин в медицине), все же они заслуживают особого внимания.

Концепция привыкания, физической зависимости и «ломки» применима ко всем психоактивным наркотикам. Существуют следующие основные виды психоактивных веществ:

Седативно-гипнотические. В эту группу входят второстепенные транквилизаторы наподобие диазепама (валиума) и хлордиазопоксида (либриума), барбитуратов, седативных препаратов, средств хирургической анестезии и алкогольных напитков.

Стимулирующие средства. Никотин, кофеин, амфетамины и кокаин.

Опиаты и опиоиды (истинные наркотики). Сюда относятся опиум, кодеин, морфин, героин и основные болеутоляющие - такие как перкодан и др.

Галлюциногены или психоделики, такие как ЛСД, пейот, мескалин, МДМА (метилендиоксиметамфетамин).

Конопляные средства (Cannabis sativa), известные как марихуана и гашиш.

Органические растворители, например бензин, клей, ацетон; летучие нитриты - амил- или бутилнитриты; оксид азота, или так называемый «веселящий газ»; и многочисленные антигистамины.

В России, по данным А.В. Ларионова, основными видами наркотиков являются препараты группы опиатов и марихуана, а широко распространенными токсическими препаратами - клей «Момент», бензин и различные виды растворителей (Ларионов, 1997).

Всякий раз, когда человек принимает психоактивный наркотик, это вещество попадает в кровь и движется вместе с ней к головному мозгу, вызывая психоактивные эффекты. Все психоактивные наркотики являются причиной изменений в мыслях, чувствах и поступках человека.

Пути поступления наркотического вещества в кровь могут быть следующими: через рот (например, алкоголь); поглощение мембранами (втягивание носом кокаина); ингаляция (курение марихуаны); инъекция.

Способ введения обычно помогает определить потенциальный эффект. Когда наркотик принимается орально, т.е. через рот, ожидается меньшее его воздействие, нежели при курении или инъекциях. Однако независимо от способа введения результатом может оказаться злоупотребление или физическая зависимость.

Все наркотики имеют «дозировку». Это значит, что при превышении дозы меняется действие наркотика. Ниже приведены четыре основных уровня дозирования для всех наркотиков:

Пороговый: уровень, ниже которого данное вещество не доставляет ощутимого эффекта (например, одна чайная ложка пива).

Эффективный: уровень, на котором достигается желаемый эффект. Здесь необходимо заметить, что все нежелательные эффекты называются побочными и все наркотические вещества имеют побочные эффекты (например, гастрит, заработанный при приеме крепких напитков на голодный желудок).

Токсический: уровень, на котором тело ведет себя так, будто отравлено (например, рвота по причине сильного опьянения).

Летальный: уровень, на котором действие наркотика вызывает смерть (например, в результате опустошения пяти бутылок водки на голодный желудок или передозировки героина).

Даже в благополучных семьях дети часто оказываются без внимания значимых взрослых. Родители вынуждены много времени отдавать работе. В школе слаба система воспитательной работы, значительно уменьшилось количество детских организаций, кружков, секций.

В этих условиях дети и подростки становятся легко подвержены различного рода зависимостям - наркомании, токсикомании. В какой-то мере, значимых взрослых заменяют психологи социальных служб. Например, Отделением экстренной психологической помощи по телефону Пермского Областного центра психолого-педагогической помощи ежегодно обслуживается более 10 000 клиентов. 14,5% от всех обращений составляют обращения детей и подростков, 8,8% составляют обращения студентов. Консультантами ТЭПП ведется особым образом организованная беседа по поводу проблем, трудностей адаптации к школьному коллективу и другому значимому окружению. Проявляется интерес к личности ребенка, ему оказывается поддержка и помощь в разборе трудной для него жизненной ситуации. Кроме этого консультантами проводится разъяснительная работа, беседы о значимых для молодежи проблемах, в том числе о сексуальных проблемах, наркомании и алкоголизме.

Исторические факты употребления ПАВ

Наилучшее понимание наркологической проблемы требует хорошего знания истории, традиций производства и употребления психически активных веществ.

Наркотики известны с глубокой древности. Начало их применения, вероятно, совпадает с возникновением человеческого рода. Во всех обществах, существует обычай принимать активные вещества, способные изменять психическое состояние человека. С давних времен их проглатывали, жевали, вдыхали, а в последнее время еще и вводят шприцем. Средства, вызывающие чувство особого подъема и нарушения сознания, использовались для проведения социальных, религиозных обрядов или мистических ритуалов.

Известно, что многие цивилизации пользовались наркотическими веществами. Майя и ацтеки клали под язык листья коки - для поддержания сил в

дальнем походе; китайцы тысячелетиями курили опиум - для снятия стресса и как снотворное; жители древней Аравии с теми же целями употребляли гашиш (от арабского «трава»). Воины-измаилиты перед боем также принимали гашиш, после чего становились активными и жестокими. В Древнем Египте, Древней Греции, Древнем Риме были знакомы с лечебными свойствами (подавления боли или недомогания) опия, индийской конопли и других наркотических веществ. Об употреблении древними египтянами каннабиса упоминал Геродот, а Гиппократ использовал опиаты в медицинской практике.

Регуляция употребления наркотиков осуществлялась под действием многовековых запретов и ритуалов, сложные рецепты использования их как терапевтических средств были известны только посвященным.

С развитием торговли наркотики попадают в Европу, где находят свое применение в медицине. Долгие годы с их помощью решались многочисленные проблемы; в частности, и опиум, и героин рассматривались как универсальные обезболивающие, благодаря египетским походам Наполеона гашиш проник в Европу.

О том, что становится причиной интереса к наркотикам, как велик этот интерес и как опасен он для человечества, можно судить по некоторым историческим эпизодам. Так, публикация мемуаров де Куинси в XIX веке, описавшего свое лечение алкоголизма одним из наркотических веществ, привела в Европе к вспышке злоупотребления опиумом.

В прошлом общественно-государственная политика по отношению к наркотикам и наркопотреблению существенно различалась - от допустимости и даже благожелательности до полного неприятия, запрета и преследования. История знала и вполне мирное сосуществование наркотиков и общества, и антагонизм вплоть до сражений («опийные войны» в Китае, военные действия США против латиноамериканских наркобаронов).

«Пики интереса» к наркотикам часто совпадали с периодами войн. Вспышка злоупотребления наркотиками, наблюдавшаяся во время 1 мировой войны, охватила и европейские и американские страны. Для этой наркоманической эпидемии было характерно использование уже всех известных тогда препаратов опия: морфина, героина, кодеина, дионина и др. Стало ясно, что в основе злоупотребления наркотиками лежат социальные причины. При этом, хотя наркомания и относилась к заболеваниям, но в ее основе предполагалось наличие порока. Такой вывод основывался на том, что злоупотребление наркотиками было особенно распространено среди преступников, проституток и т. д.

Новая волна распространения наркомании пришлась на годы, следовавшие за II мировой войной. Этому способствовали послевоенная разруха, снижение благосостояния, моральные потрясения, связанные с опасностями войны и бесперспективностью послевоенного существования.

Кроме того, XX век открыл и новое качество наркотизма как социального явления: опьяняющие вещества стали распространяться среди несовершеннолетних, не достигших ни биологической, ни социальной зрелости. Первыми детьми-наркоманами в нашей стране стали в 20-е годы беспризорники.

Но до 60-х годов процесс наркотизации в общества шел волнообразно: подъемы чередовались со спадами.

В настоящее время тревогу вызывает как немедицинское, так и медицинское использование психотропных веществ в разных социально-экономических группах, также появление некоторых наркотических веществ там, где их раньше не знали. Марихуану стали использовать в европейских странах, кокаин - в Северной Америке, алкогольные напитки - в Индии, Пакистане, странах юга и востока Средиземноморья. Причем это распространение наркотических средств в регионах и областях, где они не были традиционными, продолжается, затрудняя предупреждение новых вспышек злоупотребления ими. Возникают и новые виды наркотических веществ.

В России проблема наркомании долгое время трактовалась как «единичные» случаи экспериментирования с наркотиками, не носящие характера социального явления.

Жизнь показала, что зачастую желаемое выдавалось за действительное, и когда проблема наркомании стала острой, квалифицированных специалистов для диагностики и лечения больных с наркотической зависимостью почти не оказалось (не говоря уж о раннем выявлении и профилактике наркоманий в вузах, школах, ПТУ, техникумах и т. д.) Педагоги, воспитатели детских домов и интернатов, сотрудники комиссий по делам несовершеннолетних, а также родители крайне недостаточно информированы о признаках потребления наркотиков, их симптоматике и поведенческих реакциях.

В настоящее время в цивилизованном мире наблюдается постепенный переход от политики «войны с наркотиками» ("War on Drugs") к политике «сокращения (уменьшения) вреда» ("Harm reduction"). Наиболее энергично по этому пути пошли Нидерланды, Великобритания, Швейцария, Австралия.

К сожалению, Россия опять идет своим путем. Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» (1997) - резкий шаг назад, сводящий на нет первые робкие успехи по обеспечению помощи наркоманам. Тотальный набор запрещенных наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров и аналогов (ст. 1, 2 Закона); запрет на использование наркотических средств и психотропных веществ частнопрактикующими врачами (ст. 31); запрещение немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ (ст. 40); резкое ограничение сведений, допустимых в анти наркотической пропаганде (ст. 46); запрещение лечения больных наркоманией частнопрактикующими врачами, а также с использованием наркотических средств (например, метадоновая терапия) (ст. 55); применение медицинских мер принудительного характера (ст. 54, п. 3); фактическая ликвидация анонимного лечения (ст. 56) - все это отбрасывает страну назад и приводит к полной беспомощности наркопотребителей перед наркобизнесом, криминализации негосударственной медицинской помощи, росту преступности наркопотребителей ради добывания наркотиков и тому подобным последствиям.

В цивилизованных странах мира социальной реакцией на наркопотребление явились отказ от запрета на употребление наркотиков (равно как потребление алкоголя или табака), нарушающего ст. 12 Всеобщей декларации

прав человека; выработка стратегии и тактики мягкого, гибкого превентивно-воспитательного реагирования (социального контроля) общества и государства на потребление наркотиков; развитие антинаркотической пропаганды, психолого-педагогической и медицинской, социальной помощи наркозависимым и членам их семей.

Причины употребления наркотиков детьми и подростками

Как мы уже говорили, чтобы помочь человеку вырваться из пропасти затягивающей его болезни зависимости, мало понять его. Борьба с потребностью в наркотике можно в том и только в том случае, когда найдена первопричина, толкающая навстречу с неминуемой гибелью.

Как показывает статистика, первая встреча с наркотическими веществами происходит иногда в 8-10 лет, но чаще всего в подростковом возрасте. С него и начнем наш анализ. Для понимания причин и механизмов развития наркомании очень важно учитывать психологические характеристики подросткового возраста, который по своей сути является кризисом взросления.

Кризис может проявляться в переживаниях о своих, чаще воображаемых, физических недостатках, чрезмерной озабоченности своим здоровьем, появлении особого отношения к еде и приему пищи, склонности к асоциальному поведению и даже мыслях о самоубийстве.

Кризис взросления - перестройка внутреннего переживания, состоящая в изменении того, что определяет отношение подростка к среде и к самому себе. В этом критическом периоде - на протяжении от одного года до нескольких лет - сосредоточены сдвиги в личности подростка, когда за короткий срок происходит его «второе рождение», когда меняются основные черты его личности.

Суть кризиса заключается в поисках идентификаций, усвоении образцов поведения значимых для подростка людей. При этом происходит объединение прошлого опыта, реальных и потенциальных способностей, сиюминутных выборов в проблемных ситуациях.

Развитие становится стремительным по темпу происходящих изменений в психике и поведении. Часто ухудшается успеваемость, ослабевает интерес к школьным занятиям, падает работоспособность или развивается скрытность, стремление уйти в себя. Нарушение поведения сопровождается более или менее острыми конфликтами с окружающими. Подросток, вступающий на путь взросления, теряет интересы, еще вчера направлявшие его деятельность, прежде сложившиеся формы внешних отношений и внутренней жизни.

Ухудшение успеваемости и работоспособности, дисгармоничность во внутреннем строении личности, отмирание установившейся системы интересов, негативный, протестующий характер поведения - все эти признаки подросткового кризиса многие исследователи оценивают как стадию дезориентировки во внутренних и внешних отношениях, когда человеческое «Я» и мир разделены более, чем в иные периоды.

В кризисный период качественно меняется содержание познавательных процессов. Для подростка гораздо более важным становится не установление того или иного факта, а определение его собственного отношения к этому факту.

Объективность на время уступает субъективности. Переход к высшей форме интеллектуальной деятельности сопровождается временным снижением работоспособности. Если подросток во время кризиса окажется неспособным к идентификации, возникает путаница ролей и трудности в эмоциональных отношениях с людьми, в социальной и профессиональной сферах. Кризис периода взросления либо недооценивают, либо считают очень опасным. Он может стать причиной различных форм отклоняющегося поведения, личностных нарушений, психозов или условием возникновения нервнопсихических расстройств. Осложнение и бурное протекание процесса взросления наблюдается у 20 % подростков. Этот переломный возраст переживается подростками по-разному, создавая различные психологические и социальные трудности. У одних он осложняется идентичностью, у других - кризисом авторитетов.

Кризис идентичности проявляется в чувстве неполноценности и тоскливом настроении. Взрослеющий подросток реагирует на то, что он уже не ребенок, на несоответствие биологических возможностей социальным; на неуверенность в своем опыте и новом статусе; на резкие изменения, происходящие в организме растущего человека. Подросток мучается вечными вопросами: что он собой представляет? зачем существует? как к нему относятся окружающие? Он может сомневаться в собственной самобытности, воспринимать себя как жалкую копию других. В связи с этим возникает неприятие социальных правил, в том числе и семейных.

Наряду с неуверенностью собственного существования подростка может волновать неопределенность жизненных целей, выбора профессии, круга друзей, сексуальной ориентации и сексуального поведения, нравственных устоев или лояльности к референтной группе. Следствием этих переживаний может стать поиск средств, способных улучшить душевное состояние, что и приводит к употреблению психоактивных веществ.

По сути, эта форма кризиса выражается в простой формуле: подросток стремится ощущать себя взрослым, стремится утверждать свою взрослость любыми доступными ему средствами. Очевидно, что таких средств у вчерашнего ребенка еще мало, и, при неправильном отношении взрослых, они заменяются их суррогатами, в том числе наркотиком - как символом взрослости, как средством снятия напряжения, как способом идентификации.

Кризис авторитетов - смена способа миропонимания, побуждаемая стремлением понять и принять мир взрослых, а не слепо подчиниться ему. Кризис авторитетов может проявляться в виде протеста против семьи, школы, давящих на него взрослых. Подросток пытается противостоять общепринятым нормам или отказывается от противостояния, ощущая себя слишком слабым для борьбы. Кризис протекает тем болезненнее, чем меньше чувствительности и понимания проявляют взрослые. Немало семей и педагогов на первые, еще неосознанные попытки подростка отстоять свое право на собственный мир, собственное понимание правил поведения отвечают усилением давления.

Уход из дома и побег в самых различных его видах - наиболее частая форма реакции ребенка в ситуации неразрешимого для него противоречия. Побег из дома - это резкий бунт «против установленных правил». Причем побег может

быть без побега в прямом смысле этого слова - тогда он связан с уходом в воображаемый мир. Очевидно, что в таком случае наркотик предоставляет человеку простой способ ухода от неприемлемой им действительности.

Уход от реальности может также проявляться в алкоголизации или вступлении в разнообразные секты, молодежные официальные или неофициальные группировки.

Другим проявлением кризиса авторитетов является деперсонализация, которая заключается в том, что в переживаниях подростка преобладают изменения восприятия своего душевного и телесного «Я», а также других людей и окружения. Субъективно переживания отчуждения воспринимаются как кажущееся изменение действительности или утрата реальности.

Деперсонализация связана с трудностями формирования идентичности и выполняет функции механизма психологической защиты и избегания. Для нее характерны тревога, чувство отчуждения, беспокойство. Может измениться восприятие психического «Я», возникают сомнения в принадлежности («мое или не мое»), утрачиваются чувства, в особенности к близким людям («любят только в мыслях, а не сердцем»). Чем младше подросток, тем менее точно он может дать отчет о переживаниях такого рода. Он сообщает о своей измененности, инакости, утверждает, что он не такой, как все, или был иным прежде. Эти явления, особенно ярко выступающие у подростков, могут находиться в рамках психического здоровья, а могут оказаться и начальными симптомами психических расстройств. Тягостный характер этих переживаний заставляет подростка искать возможности для их облегчения.

Отсутствие взаимопонимания в семье, чрезмерное давление родителей, недостаток уверенности в собственных силах - все это заставляет подростков объединяться в группы. В них молодежь пытается получить то, что не может иметь дома, - доверие, понимание, поддержку. Кроме того, объединяясь, подростки развлекаются, стремятся выразить себя.

В поисках новых, необычных ощущений и переживаний подростки экспериментируют с ингалянтами, алкогольными напитками, наркотическими веществами.

Две трети подростков знакомятся с ними из любопытства, желая соприкоснуться с запретным.

До 90 % наркоманов начинают употреблять наркотические вещества в неформальных группах. Обычно это происходит вдали от взрослых, в тех же укромных местах: в подвалах, на лестницах и чердаках, в парках и садах. Нередко в компании первую дозу получают обманным путем в качестве «нового сорта сигареты» или другой необычной «приманки» (таблеток, напитков или даже инъекций).

Обычно экспериментирование с токсическими и наркотическими веществами совершается в группе и поддерживается интересом к необычному. В ряде случаев начало употребления определяется подражанием старшим. Примерно треть подростков получает первый опыт и продолжает его под давлением авторитета группы сверстников. Объясняя свой интерес к алкогольным напиткам, они говорят: «...потому что мои друзья тоже пьют»;

«...чтобы друзья не считали меня мокрой курицей». Особенность возраста – формирование идентичности при усвоении образцов поведения значимых для подростков людей.

Наркотическая зависимость возникает не сразу, ей предшествует аддиктивное поведение, которое развивается двумя различными путями.

- В первом случае подростки пробуют различные психоактивные вещества: бензин, клей, затем алкогольные напитки, не гнушаясь при этом предложенных таблеток или сигарет с марихуаной. Последовательность употребления может быть различной, экспериментирование продолжается до того момента, пока не будет окончательно выбрано наиболее предпочитаемое вещество. Иногда злоупотребление обрывается раньше.
- Во втором - наблюдается злоупотребление только одним каким-нибудь психоактивным веществом (бензином, алкоголем или др.). Раннее сосредоточение на одном «наркотике» обычно связано с недоступностью других. Реже происходит произвольный выбор.

Специалисты выделяют несколько моделей аддиктивного поведения или пристрастия к наркотикам.

Успокаивающая модель

Это один из наиболее распространенных вариантов применения психоактивных веществ и наркотиков с целью достижения душевного спокойствия. Их употребление направлено на снятие напряжения, на то, чтобы расслабиться, успокоиться, забыться, уйти от неприглядной или опасной действительности, от неразрешимых жизненных проблем. Подростки свою алкоголизацию или наркотизацию объясняют следующим образом: «Чтобы быть спокойнее».

Иногда психическое напряжение является самостоятельным мотивом употребления различных препаратов вне зависимости от особенностей личности или характера. Доминирующим мотивом оказывается высокий уровень психодинамической напряженности, преобладание пониженного настроения, нередко с раздражительностью, мрачностью.

Недостаточно приспособленные, не нашедшие своего места в жизни, плохо адаптирующиеся к новой среде подростки ищут различные пути гармонизации своего положения. Не умея нормализовать свои отношения в семье, с товарищами в учебном заведении или друзьями в неформальной группе, подростки используют психоактивные вещества для того, чтобы они выполнили роль спасательного круга в нарушенных межперсональных отношениях. Они говорят, что это позволяет «легче разговаривать с людьми». Привычка использовать психоактивные вещества угрожает стать постоянной формой бегства от реальности при малейших препятствиях на жизненном пути.

Отдельные подростки употребляют психоактивные вещества для изменения эмоционального состояния: тревоги, депрессии, апатии. Их цель - улучшить настроение, добиться эмоционального комфорта в трудных жизненных ситуациях (разрыв с членами семьи, утрата значимой фигуры, разочарование в любви, дружбе). Пристрастие к психоактивным веществам может возникнуть как

способ самолечения на начальных этапах развития эмоциональных расстройств, иногда еще во время отсутствия клинически выраженной симптоматики.

Коммуникативная модель

Эта модель пристрастия к наркотикам может возникнуть в связи с неудовлетворенными потребностями в общении, любви, доброжелательности. Прием психоактивных веществ облегчает общение со сверстниками своего и противоположного пола. Преодолевается чувство замкнутости, стеснительности, появляется уверенность в свои возможностях. «Принимаю для того, чтобы было легче общаться с другими людьми» - говорит подросток. Имеются сведения, что до 30 % всех алкоголиков начинают с привычки принимать «допинг» перед общением, в особенности с лицами противоположного пола. В состоянии опьянения не только облегчается общение, но и возникают чувства раскованности, безопасности, свободы в поступках и самовыражении, появляется впечатление тесного контакта с окружающими. К этому средству чаще всего прибегают замкнутые, тревожно-мнительные, эмоционально-ранимые подростки.

Активирующая модель

В одних случаях подростки применяют психоактивные вещества с целью подъема жизненных сил, бодрости, усиления активности. Будучи не уверенными в своих силах и возможностях, имея заниженную самооценку, подростки пытаются достичь прямо противоположного - уверенности, бесстрашия, раскованности. В опьянении становится легче реализовать истинные и воображаемые способности, совершить «выдающиеся поступки». В других случаях таким же образом достигается выход из состояния скуки, душевной пустоты и бездействия. Алкоголизация или прием наркотика, например, может создать у подростка впечатление прекрасной приспособленности и вполне удовлетворительной самореализации.

Гедонистическая модель

Употребление психоактивных веществ используется также и для получения удовольствия, создания приятных ощущений, психического и физического комфорта. Вызванный в таком случае на откровенность подросток признается: «Делаю потому, что мне это нравится». Он стремится создать фантастический мир галлюцинаторных образов, пережить блаженное состояние эйфории. Так, например, происходит при вдыхании ингалянтов (бензина, паров клея и т. д.). Стремление к получению удовольствия с помощью химических средств возникает из-за невозможности и неумения развлечь себя иным образом (с помощью спортивной, творческой и иной активности). Этим способом подростку удается компенсировать нереализованные потребности. Если наркотическое опьянение даст желаемое наслаждение, то это довольно быстро приведет к формированию болезненного пристрастия.

Конформная модель

Стремление подростков подражать, не отставать от сверстников, быть принятыми группой также может привести к потреблению психоактивных веществ. Чтобы самоутвердиться в группе, укрепить свой социальный статус, подростки вынуждены разделять со своими товарищами всю их активность, в том числе и касающуюся психоактивных веществ. Развитие этой модели связано с

желанием подражать лидерам, некритически перенимать все, что касается коллектива, к которому принадлежит подросток.

Манипулятивная модель

Возможно использование психоактивных веществ для манипулирования другими детьми, для изменения ситуации в собственную пользу, для достижения тех или иных преимуществ. Демонстративные подростки, например, желая привлечь к себе внимание своей необычностью, способностью добиться лидирующего положения, охотно пользуются наркотиками и алкоголем. Эмоционально возбудимые, упрямые подростки посредством психоактивных веществ пытаются подчинить себе ситуацию, успешно выступить в роли лидера.

Компенсаторная модель

Эта модель поведения определяется необходимостью компенсировать какую-то неполноценность личности, дисгармонию характера. У подростков, которые плохо переносят конфликты и трудности в школе и дома, возникает наибольший риск привыкания к наркотикам как к форме реагирования на любые жизненные проблемы. Это создает впечатление разрешения трудности и помогает избежать неприятных переживаний. Алкоголизирующимся и наркотизирующимся подросткам свойственно немедленно получать удовольствие безотносительно к непосредственным и отдаленным последствиям.

Употребление токсических и наркотических веществ способствует увлечению ритмической и громкой музыкой, азартными играми, игровыми автоматами, провоцирует беспорядочные половые контакты.

Формирование привыкания к наркотикам в значительной степени связано с групповой психологической зависимостью, т. е. с появлением потребности к употреблению того или иного токсического вещества только тогда, когда собирается «своя компания». Не меньшее значение имеют сниженные адаптивные возможности подростков, обусловленные эмоциональной неустойчивостью, недостаточным самоконтролем поведения, низкой самокритичностью, неразвитой рефлексией, эгоцентричностью, неуверенностью в себе или чрезмерной переоценкой собственного «Я», бегством от реальности, инфантильностью, чувством неспособности справиться с трудностями, отсутствием устойчивых интересов и увлечений.

Факторы риска развития наркомании

Родителям и учителю важно знать не только, что такое наркотики и наркомания, но и те обстоятельства, в связи с которыми у ребенка, подростка возникает наркомания.

Не каждый человек, испытавший на себе воздействие наркотических веществ, становится наркоманом. Существует много обстоятельств, от которых зависит, быть наркомании у подростка или он только немного постоит на краю наркоманической бездны, отвернется и пойдет дальше по дороге жизни, обогащенный еще одним знанием. Что же это за обстоятельства? Ведь любой подросток может, как и любой взрослый, заболеть наркоманией. Но есть люди, у которых наркомания развивается с большей легкостью. Объясняется это рядом обстоятельств, которые принято называть факторами риска.

Факторы риска не возникают сами по себе, для их формирования необходима определенная почва. Чаще всего такой почвой является биологическая недостаточность или некомфортный социопсихологический климат, в котором развивается ребенок.

Выявление факторов риска, их структуры и значимости для появления наркомании возможно при изучении истории жизни и болезни ребенка (для этого в психологии существует биографический метод исследования, в медицине - анамнез). На основе знания личности конкретного ребенка, подростка, юноши и имеющих у них факторов риска разрабатывается конкретная программа профилактики наркомании.

К факторам риска наркоманий обычно относят:

- Биологические (или медицинские): патология беременности и осложненные роды, тяжелые и хронические заболевания, сотрясения головного мозга, алкоголизм или наркомания у родителей, психические заболевания у кого-либо из близких родственников.
- Социально-психологические: семейное неблагополучие, низкий материальный достаток, плохие условия проживания, неполная семья, алкоголизм и наркомания у близких родственников, психические расстройства или частые нарушения правил общественного поведения у членов семьи и близких родственников, сильная и постоянная занятость родителей (работа, общественная или личная жизнь).

Биологические факторы риска

Имеются сведения о том, что у матери-наркоманки дети могут иметь биологическую предрасположенность к наркомании. Известно, что если мать во время беременности принимала наркотики, то у родившегося ребенка в первые двое-трое суток появляются симптомы «отмены наркотиков». Новорожденный становится беспокойным, у него появляются судороги, лицо синеет, возникает дрожание конечностей и др. Иногда из-за тяжести такого состояния дети погибают.

Биологические факторы напрямую влияют на функциональные возможности головного мозга, уменьшая его способность переносить интенсивные или продолжительные нагрузки, причем не только и не столько в интеллектуальной сфере, сколько в эмоциональной. Например, если человек с благополучным анамнезом после более или менее тяжелого удара судьбы сможет легко собраться, мобилизоваться, вернуться к нормальному ритму жизни, то перенесшему родовую травму или сотрясение мозга сделать это намного труднее. Ему же тяжелее сохранять уравновешенность и хладнокровие в эмоционально-напряженной ситуации.

Как правило, самим субъектом это осознается не полностью, так как ему не с чем сравнить свое состояние – в распоряжении имеется лишь собственный опыт. Иногда люди отмечают, что до травмы они были «спокойнее», «уравновешеннее» и «энергичнее», но так бывает редко. Обычно наступившие изменения замечают не больные, а сторонние наблюдатели - не очень близкие, которые встречаются с ними лишь периодически. Но на подсознательном уровне травмированный постоянно ищет средство, которое помогло бы хоть на короткое

время вернуть или повысить эмоциональную устойчивость. Поначалу наркотики справляются с задачей психологической регуляции, увеличивая способность переносить эмоциональные нагрузки. Употребляющие их становятся на непродолжительное время увереннее в себе, спокойнее и активнее в жизни. Поэтому для человека, имеющего в анамнезе «экспериментальный» прием наркотиков, он может стать фатальным: не зная, чем грозит регулярное их употребление, он «заработает» психическую и физическую зависимость раньше, чем заметит опасность.

Сегодняшняя ситуация особенно опасна еще и тем, что процесс наркотизации становится все интенсивнее. Когда-то наркотики только пили и курили, затем стали вводить внутримышечно, а теперь - внутривенно. Мало того, осваивается внутриартериальное введение, то есть еще более интенсивный способ. Причем избираются артерии, наиболее близко расположенные к мозгу. И теперь представьте: если от употребления даже слабых наркотиков происходят морфологические изменения в мозгу, то, как разрушителен героин!

Существует медицинская классификация стадий развития наркомании. Она основана на анализе проявления различных форм зависимости - социальной, психической и физической.

О *социальной зависимости* говорят тогда, когда человек еще не начал употребление наркотиков, но вращается в среде употребляющих, принимает их стиль поведения, отношение к наркотикам и внешние атрибуты группы. Он внутренне готов сам начать употребление. Часто к такой группе можно принадлежать, только исповедуя ее принципы и подчиняясь ее правилам. Желание не быть отторгнутым бывает столь сильным, что заслоняет привычные представления, изменяет поведение. Неотъемлемое условие развития этой формы зависимости - наличие группы (которая может существовать даже вокруг одного употребляющего наркотики). Единственным способом предотвращения дальнейшей динамики состояния является своевременное выявление и разрушение группы. Необходимо работать с ее лидерами, препятствовать вовлечению в нее новых членов, пусть даже путем изоляции лидеров. На этом этапе остановить развитие заболевания проще всего. Упустить этот момент - значит затруднить дальнейший контакт с членами группы, для которых развитие заболевания может перейти на следующую стадию.

После начала употребления наркотиков у подростка быстро формируется *психическая зависимость*. Она проявляется в том, что человек стремится вновь вернуть состояние, которое он испытывал, находясь в наркотическом опьянении. Он хочет или получить приятные ощущения от приема наркотиков, или, находясь под их воздействием, отвлечься от неприятных переживаний и отрицательных эмоций. В первом случае человек, будучи лишен возможности принимать наркотики, воспринимает действительность серой, недостаточно динамичной и живой; во втором - оказывается подавлен проблемами, от которых он и пытался уйти, прибегая к употреблению наркотиков. В зависимости от вида наркотика его воздействие на подростка может проявляться по-разному. Стремление избежать психологического и эмоционального дискомфорта столь сильно, что он оказывается не в состоянии отказаться от их дальнейшего употребления. На этой

стадии заболевания уже необходима помощь специалистов - психологов и врачей, которая приносит результаты только при поддержке близких людей, особенно родителей.

При более продолжительном употреблении наркотиков формируется *физическая зависимость*, которая проявляется вследствие включения наркотика в процесс обмена веществ. В этом случае при прекращении приема наблюдается состояние физического дискомфорта различной степени тяжести - от легкого недомогания до тяжелых проявлений абстинентного синдрома. Конкретные его симптомы зависят от вида наркотика и от особенностей организма человека. Такому больному необходима серьезная медицинская помощь для того, чтобы выдержать состояние абстиненции («ломки»).

В зависимости от стадии заболевания изменяется и частота употребления наркотиков - от периода проб через эпизодическое употребление к систематическому. Однако систематическое употребление не обязательно связано с наличием физической зависимости, оно может начаться и значительно раньше.

Социально-психологические факторы риска

Под влиянием социально-психологических факторов у подростка, так или иначе, происходит деформация личности, формируется неадекватная система ценностей, снижается уровень притязаний, появляется опустошенность, приводящая к отверженности.

Социологи, юристы, врачи, педагоги и психологи называют широкий перечень социальных и психологических причин или факторов наркомании среди подростков.

Социальные факторы отражают экономическую, культурную, политическую, криминальную ситуацию в обществе. Социальные причины в совокупности образуют своего рода злокачественный «дрожжевой раствор», в котором наркомания как общественное явление существует и множится. Выделяют несколько причин наркомании среди подростков, тесно связанных с социально-экономическим кризисом в нашей стране:

- разрушение института семьи;
- отсутствие у подростков жизненных перспектив;
- плохая организация досуга;
- целенаправленное «подсаживание на иглу» подростков взрослыми наркоманами.

Психологические факторы наркомании определяют индивидуальный процесс приобщения подростка к наркотикам. Этот процесс включает последовательность поступков и выборов, которые молодой человек совершает наедине с собой или в общении с другими людьми, что в конечном итоге приводит к психической и физической зависимости от наркотика. Среди психологических причин можно назвать следующие:

- неправильное воспитание в семье;
- вовлеченность в группу сверстников, употребляющих наркотики;

- асоциальное поведение;
- дезадаптированность к учебному процессу;
- личностные характеристики.

На основе приведенных перечней социальных и психологических причин, казалось бы, можно сделать вывод, что семейный фактор является лишь одним из нескольких. Однако такое суждение в корне неверно. Ведь фактор семьи и родительского воспитания может оказывать на пристрастие подростка к наркотикам как прямое, так и косвенное воздействие.

В самом деле, если отец унижает своего сына, бьет его - такой стиль родительского «воспитания» самым прямым образом заставляет подростка искать понимания, общения, возможности проявить себя вне семьи. И если среди приятелей подростка окажутся пристрастившиеся к наркотикам, скорее всего, и он последует их примеру.

Но и внешние, социально-экономические факторы, например недостаточная организация досуга подростков, действуют через посредство семейного фактора. Так, плохое финансирование спортивных, технических, художественных секций и студий резко ограничило число занимающихся в них школьников. Многие подростки оказались предоставленными сами себе, улице, и в первую очередь, пострадали подростки из неблагополучных семей. Эти семьи не предоставили детям психологической защиты в сложной социально-психологической ситуации.

В чем же состоят нарушения отношений родителей со своим ребенком, которые делают его психологически менее защищенным?

Прежде чем рассматривать эти нарушения, следует ввести понятие гармоничных родительских отношений с подростком. И сделать это целесообразно по следующим причинам. При гармоничных отношениях отсутствуют внутрисемейные причины приобщения подростка к наркотикам. А кроме того, семья с гармоничными внутрисемейными отношениями имеет высокую устойчивость к влиянию асоциальных уличных подростковых компаний, в которых употребляют наркотики.

Опираясь на практический опыт педагогов, психологов и психотерапевтов, гармоничные родительские отношения можно описать так:

- родители тепло и заботливо относятся к своему ребенку, эмоционально принимают его;
- родители понимают возрастные особенности подростка, поддерживают его в трудной ситуации;
- родители авторитетны для подростка, серьезно воспринимают его интересы и живут с ним в атмосфере сотрудничества.

Приведенное описание представляет собой как бы идеальные ответы на вопросы, которые родитель может задать себе об отношениях со своим ребенком: «Что я чувствую?», «Что я думаю?», «Что я делаю?» Конечно, при условии, что ответы будут даны искренне.

Но отношения родителей с подростком не всегда гармоничны. Чем больше степень их дисгармонии, тем выше степень риска приобщения подростка к

наркотикам. Можно выделить три формы нарушения родительских отношений в семьях, где подростки имели первый опыт употребления наркотиков.

- Первая форма - жестокость в общении с подростком. Семьи данной категории неоднородны. Деструктивная агрессия проявляется через физическое насилие, словесные оскорбления и унижения, через воспитание подростка «в ежовых рукавицах». При эмоциональном напряжении и жестоким обращении подросток прибегает к наркотикам, так как он вытолкнут из семьи в асоциальную среду или находится в иллюзорных поисках недостающего уважения, понимания и тепла.
- Вторая форма - непонимание родителями возрастных особенностей ребенка. Самосознание подростка нередко формируется драматично и противоречиво. Возможна ситуация, когда подросток обратился к наркотику, чтобы снять тревожность, возникающую вследствие ускоренного сексуального и интеллектуального развития. Родители же не способны психологически правильно реагировать на ситуацию, ограничиваются наказаниями, обвинениями и морализацией. В этой ситуации подросток вынужден самостоятельно, часто через цепь ошибок, вырабатывать свое отношение к наркотикам.
- Третья форма - низкий авторитет родителей у подростка. Материальное благополучие и бесконфликтные взаимоотношения в семье, хорошее образование родителей не гарантируют от утраты значимости отношения подростка к родителям, если в сознании подростка не сформирован внутренний диалог с родителями, их опыт и жизненная позиция, в том числе и по отношению к наркотикам, не принимаются во внимание. Такой подросток менее защищен от давления социальной микросреды, где употребляются наркотики.

Первая форма семейного неблагополучия может быть прямой причиной приобщения подростка к наркотикам, вторая - может «способствовать» этому косвенно как дезорганизующий фактор, а при третьей форме из-за попустительской позиции родителей подросток имеет сниженную социально-психологическую толерантность в отношении наркотиков.

Применительно к рассматриваемой теме - «отношения родителей с подростками» - психопрофилактика наркоманий включает в себя, во-первых, преодоление психолого-педагогических ошибок и нарушений в системе «родитель - ребенок», создающих для подростка угрозу пристраститься к наркотику, а во-вторых, оказание и родителю, и ребенку помощи в ситуации, когда последний уже столкнулся с наркотиком.

Ниже на примере реальных ситуаций обсуждаются различные формы нарушений отношений «родитель-ребенок». При их отборе принималось во внимание следующее. Примеры могут касаться тяжелых, запущенных случаев подростковой наркомании. Но эти случаи чаще необратимы и о профилактике говорить уже поздно. Кроме того, родители склонны воспринимать запущенные формы наркомании как маловероятные - «такой ужас в нашей семье никак

не может произойти». Поэтому в примерах предпочтение было отдано таким, в которых запечатлены первые шаги к наркотику. Прогноз здесь менее однозначен, не обязательно эти шаги приведут к наркомании. Однако такие случаи более узнаваемы, они развивают чувствительность к начальным симптомам наркотической зависимости и ее психологическим механизмам.

Ключевые понятия: наркомания, биологические факторы, социально-психологические факторы.

Вопросы для самопроверки

1. Какие формы нарушения родительских отношений в семье присутствуют, где подростки имели первый опыт употребления наркотиков?
2. Какие существуют факторы риска наркоманий?
3. Какие формы зависимостей существуют?

Словарь терминов

Акцентуации — чрезмерно выраженные черты характера. В зависимости от уровня выраженности выделяют две степени акцентуации характера: явную и скрытую. Явная акцентуация относится к крайним вариантам нормы, отличается постоянством черт определенного типа характера. При скрытой акцентуации черты определенного типа характера выражены слабо или не проявляются совсем, однако могут ярко проявиться под влиянием специфических ситуаций. Акцентуации характера могут содействовать развитию психогенных расстройств, ситуативно обусловленных патологических нарушений поведения, неврозов, психозов. Однако следует отметить, что акцентуацию характера ни в коем случае нельзя отождествлять с понятием психической патологии. Жесткой границы между условно нормальными, «средними» людьми и акцентуированными личностями не существует. Выявление акцентуированных личностей в коллективе необходимо для выработки индивидуального подхода к ним, для профессиональной ориентации, закрепления за ними определенного круга обязанностей, с которыми они способны справляться лучше других (в силу своей психологической предрасположенности).

Деадаптация - какое-либо нарушение адаптации, приспособление организма к постоянно меняющимся условиям внешней или внутренней среды. Состояние динамического несоответствия между живым организмом и внешней средой, приводящее к нарушению физиологического функционирования, изменению форм поведения, развитию патологических процессов. Полное несоответствие между организмом и внешними условиями его существования несовместимо с жизнедеятельностью. Степень деадаптации характеризуется уровнем дезорганизации функциональных систем организма.

Кризис идентичности (лат. *identificare* - отождествление, совпадение чего-либо с кем-либо или с чем-либо).

Кризис психологический - состояние душевного расстройства не патологического характера, проявляющееся в неудовлетворенности человека сложившимся положением дел, жизнью, собой.

Наркотик – снадобье или лекарство, вызывающее дремоту, сонливость, эмоциональную тупость, снижение чувствительности.

Наркотики «тяжелые» - наркотики, вызывающие очень быстрое привыкание и физическую зависимость, что может привести к опасным передозировкам.

Пассивное или нерефлексивное слушание - это, по существу, тишина, молчание, но не простое, а «внимающее», когда все внимание консультанта направлено на клиента.

Психосоциальные кризисы – кризисы, вызванные социальными проблемами, с которыми сталкивается человек на разных этапах своей жизни, каждый из восьми кризисов, описанных Э. Эриксеном, может разрешаться в положительном или отрицательном для человека направлении.

Психотерапия – лечение нарушенного поведения с помощью психологических приемов (исключая лечение медицинское, которое осуществляет психиатр).

Рефлексия (от лат. reflexio — обращение назад) — процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний. Понятие рефлексия возникло в философии и означало процесс размышления индивида о происходящем в его собственном сознании.

Социально-психологическая адаптация - это процесс преодоления проблемных ситуаций личностью, в ходе которого она использует приобретенные на предыдущих этапах своего развития навыки социализации, что позволяет ей взаимодействовать с группой без внутренних или внешних конфликтов, продуктивно выполнять ведущую деятельность, оправдывать ролевые ожидания и при всем этом, самоутверждаясь, удовлетворяя свои основные потребности.

Социально-психологический тренинг (СПТ) - один из видов активного обучения, в котором общий для всех этих методов принцип активности обучаемого дополняется принципом рефлексии над собственным поведением (в широком смысле слова) и поведением других участников группы.

Старение - процесс разрушительный, неизбежно заканчивающийся смертью.

Тренинги - интенсивные краткосрочные обучающие занятия, направленные на создание, развитие и систематизацию определенных навыков, необходимых для выполнения конкретных личностных, учебных или профессиональных задач в сочетании с усилением мотивации личности относительно совершенствования работы.

Заключение

Социально-психологическая направленность эволюционировала на протяжении всей истории профессиональной социальной работы в XX в. и привела к возникновению психосоциального подхода. Данный подход обычно связывают с именами М. Ричмонд и Ф. Холлиз, а в 1950-1960-е гг. большое влияние на его формирование оказали психоаналитические идеи Фрейда, затем – работы Дж. Боулби.

В исследованиях, посвященных психосоциальному подходу, обосновывается необходимость понимать личность клиента в его взаимоотношениях с миром, который его окружает. Иначе говоря, не следует разделять такие понятия, как внутренний мир и внешняя реальность, чтобы понять целостность «человека в ситуации», т.е. психосоциальность.

Проблема психолого-педагогических технологий, привлекающая внимание творчески мыслящей части представителей профессии «социальная работа», сегодня становится особенно актуальной. Психолого-педагогическое обеспечение социальной работы с различными группами населения реализует нарастающую потребность технологизации профессиональной деятельности специалистов сферы социальных услуг.

Гармоничное развитие основных компонентов психолого-педагогического обеспечения социальной работы с различными группами населения – это действительно оптимальный путь поступательного развития социальных служб.

В учебном пособии рассматриваются сущность психосоциальной работы и ее роль в системе социальной работы, технологии психосоциальной работы; предпринята попытка систематизировать основные подходы к работе с различными группами населения.

В сложившейся социально-экономической обстановке не вызывает сомнения тот факт, что технологии психолого-педагогического обеспечения социальной работы с различными группами населения являются эффективным механизмом стимулирования профессионального роста социальных работников в реализации мер адресной поддержки различных категорий населения.

Список использованной литературы

1. Андрущенко Т.Ю. Диагностические пробы в психологическом консультировании: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 80 с.
2. Беличева С.А. Проблемы подготовки в России специалистов по психосоциальной работе.//Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – М., 2003, №3.
3. Блынду Л.Н. Основы конфликтологии: Учеб. пособие. В 2-х частях. – Томск: Томский межвузовский центр дистанционного образования, 2002. – ч. 1. – 181 с.
4. Ворожейкин И.Е., Кибанов А.Я., Захаров Д.К. Конфликтология: Учебник. – М.: ИНФРА. – М, 2000. – 224 с.
5. Гуров В.Н. Социальная работа образовательных учреждений с семьей. – М.: Педагогическое общество России, 2005. – 320 с.
6. Еникеев М.И. Социальная психология: Учебник для вузов. – М.: Издательство ПРИОР, 2001. – 160 с.
7. Еникеева Д.Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков: Учеб. пособие для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений. – М.: Изд. центр «Академия», 1999. – 144 с.
8. Жуков В.И., Жарков И.Д., Ветошкин С.А. и др. Социальная работа с осужденными: Учеб. пособие. – М.: Издательство МГСУ, 2002. – 256 с.
9. Клиническая психология в социальной работе: Учеб. пособие / Б.А. Маршинин, В.М. Голубев, Н.Н. Ямщикова: Под ред. Б.А. Маршинин – М.: ИЦ «Академия», 2004.
10. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования: Пер. с лит. – М.: Академический Проект, 1999. – 240 с.
11. Куликов Л.В. Психология личности в трудах отечественных психологов. – СПб: Изд-во «Питер», 2000. – 480 с.
12. Курбатова В.И. и др. Социальная работа: Учебное пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. – 480 с.
13. Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. – М.: ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 416 с.
14. Медведева Г.П. Профессионально-этические основы социальной работы: Курс лекций. – М.: Изд-во МГСУ, 2002. – 256 с.
15. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. – 3-е изд., испр. – М.: Смысл, 2011. – 191 с.
16. Методики оказания социально-психологической помощи семье и детям / Е.В.Бурмистрова, В.Ю.Меновщиков, Н.Г.Осухова и др.; Под общ. ред. Н.Г.Осуховой; М-во труда и социального развития Российской Федерации и др. – М.: Просвещение, 2002. – 144 с.
17. Мухина В.С. Возрастная психология: Феноменология развития, детство, отрочество: Учебник для студентов вузов. – 6-е изд., стереотип. – М.: Изд. центр «Академия», 2000. – 456 с.

18. Непомнящая Н.И. Психодиагностика личности: Теория и практика: Учеб. пособие. – М.: ВЛАДОС, 2004.
19. Никишина В.Б., Василенко Т.Д. Психодиагностика в системе социальной работы: Учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений. – М.: Изд-во ВЛАДОС-Пресс, 2004. – 208 с.
20. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П.Д.Павленок. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ИНФРА – М, 2003. – 395 с.
21. Основы психологии семьи и семейного консультирования: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под общей ред. Н.Н.Посысоева. – М.: Изд-во Владос-Пресс, 2004. – 328 с.
22. Петрушин С.В. Психологический тренинг в многочисленной группе (методика развития компетентности в общении в группах от 40 до 100 человек). – М.: Академический Проект, 2002. – 256 с.
23. Психогимнастика в тренинге / Под ред. Н.Ю. Хрящевой. – СПб.: «Ювента», Институт Тренинга, 1999. – 256 с.
24. Психология возрастных кризисов: Хрестоматия - / Сост. К.В.Сельченко. – Мн.: Харвест, 2000. – 560 с.
25. Психология социальной работы: содержание и методы психосоциальной практики: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / М.В. Фирсов, Б.Ю. Шапиро. – 2-е изд., стер. - М.: ИЦ «Академия», 2005. – 192 с.
26. Сарджвеладзе Н., Беберашвили З., Джавахишвили Д., Махашвили Н., Сарджвеладзе Н. Травма и психологическая помощь. – М.: Смысл, 2007. – 180 с.
27. Сломчинский А.Г., Жарков И.Д. Проблемы общего образования осужденных: Поиски, находки, решения: Учебно-методическое пособие. – М.: Изд-во МГСУ, 2002. – 152 с.
28. Содержание и методика социальной работы: учеб. пособие для студентов, обучающихся по направлению и специальности «Социальная работа» / Е.А.Сигида и др.; под ред. проф. Е.А.Сигиды. – М.: Гуманитар. изд. центр Владос, 2005. – 346 с.
29. Соколова Е.Т. Психотерапия: Теория и практика: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 368 с.
30. Технологии социальной работы: Учебник под общ. ред. проф. Е.И.Холостовой. – М.: ИНФРА – М, 2001. – 400 с.
31. Торохтий В.С. Технологии психолого-педагогического обеспечения социальной работы с семьей. Учебное пособие. – М.: МГСУ, 2000. – 216 с.
32. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. – М.: Изд. центр «Академия», 2001. – 208 с.
33. Шепелева Л.Н. Программы социально-психологических тренингов. – СПб.: Питер, 2008. – 160 с.
34. Школа без наркотиков : Кн. для педагогов и родителей / Л.М. Шипицына, Е.И. Казакова, Д.Н. Исаев и др.; Под науч. ред. Л.М. Шипицыной, Е.И. Казаковой и др.; М-во общ. и проф. образования Рос. Федерации и др. - СПб. : Образование-Культура, 1999. – 126 с.

Список рекомендуемой литературы

Основная литература

1. Шаграева О.А. Основы консультативной психологии [Текст]: учебное пособие / О.А. Шаграева. – М.: Академия, 2011. – 272 с.
2. Кокоренко В.Л., Кучукова Н.Ю., Маргошина И.Ю. Социальная работа с детьми и подростками [Текст]: учебное пособие / В.Л. Кокоренко., Н.Ю. Кучукова, И.Ю. Маргошина. – М.: Академия, 2011. – 256 с.
3. Сафонова Л.В. Содержание и методика психосоциальной работы [Текст]: учебное пособие / Л.В.Сафонова. – М.: Академия, 2008. – 224 с.

Дополнительная литература

1. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования: учебное пособие для вузов/ [Е.И. Артамонова, Е.В. Екжанова, Е.В. Зырнова и др.]; Под ред. Е.Г. Силаевой. – 2-е изд., стер. – М.: Академия, 2004. – 190 с.
2. Фридман Л.М. Школьная психологическая служба: пособие для школьных психологов/ М-во образ. РФ. Акад. Повышения квалификации и переподготовки работников образования. – М.: Академия, 2003. – 182 с.
3. Волков Б.С. Возрастная психология: учебное пособие для вузов: в 2-х ч./Б.С. Волков, Н.В. Волкова: Под ред. Б.С. Волкова. – М.: ВЛАДОС, 2005. Ч. 1 От рождения до поступления в школу. – 2005. – 366 с. Ч. 2 От младшего школьного возраста до юношества. – 2005. – 343 с.
4. Психологическое обеспечение охранно-защитной превенции отклоняющегося поведения несовершеннолетних: пособие для социальных менеджеров, психологов, психосоциальных работников / С.А. Беличева, А.Н. Елизаров, О.В. Кардашина и др. – М.: Социальное здоровье России, 2003. – 194 с.
5. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка: Книга для воспитателей дет. сада и родителей. – 2-е изд., доп. – М.: Просвещение, 1993. – 192 с.
6. Как работать с проблемной семьей (методические рекомендации по организации работы Центра семейного воспитания) / Под редакцией Л.Я. Олиференко, В.Ю. Петюкова.- Москва, 1998.- 72 с.
7. Неблагополучные семьи: книга для педагогов и родителей / В.Н. Целуйко. – М.: Изд-во ВЛАДОС-РОСС, 2006. – 271 с.
8. Нелидов А.Л. Психолго-медико-педагогическая реабилитация дисфункциональных семей как стратегия вторичной профилактики школьной и социальной дезадаптации и наркологических заболеваний у детей и подростков. – Н. Новгород: Нижегородский гуманитарный центр, 2004.
9. Обухова Л.Ф. Возрастная психология: теории, факты, проблемы. - М.: Тривола, 2001, - 374 с.
10. Овчарова Р.В. Психология родительства. – М.: ИЦ «Академия», 2005. – 368 с.
11. Основы психологии семьи и семейного консультирования: Учеб. пособие

- для студ. высш. учеб. заведений / Под общ. ред. Н.Н. Посысоева. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. – 328 с.
12. Поливанова К.Н. Психология возрастных кризисов. – М.: ИЦ «Академия», 2000, - 368 с.
 13. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования / Под ред. Е.Г. Силяевой. М.: речь, 2000. – 282 с.
 14. Целуйко В.М. Психология современной семьи: книга для педагогов и родителей. – М.: Гуманитар изд центр ВЛАДОС, 2004. – 288 с.
 15. Широкова Г.А. Справочник дошкольного психолога. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2006 – 382 с.

СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДИКА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Составители:

Светлана Викторовна Щенникова,
Елена Евгеньевна Алешенькина

Учебное пособие

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского»
Арзамасский филиал
607220, Арзамас, ул. К.Маркса,36.

Подписано в печать . Формат 60×84 1/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 6,1 п.л. . Уч.-изд. л.
Заказ № . Тираж 100 экз.

Отпечатано участок оперативной печати Арзамасского филиала ННГУ
Арзамасский филиал ННГУ
607220 г. Арзамас Нижегородской области, ул. К. Маркса, 36