

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ГОУ ВПО «БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ

ХАЛАНСКАЯ В.А.
СИТНИКОВА М.А.

СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДИКА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В
СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Учебное пособие

Белгород 2009г.

УДК
ББК

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
Белгородского государственного университета

Рецензенты:
к.психол. наук, доцент Гребнева В.В.
к.психол. наук, доцент Сокольская Н.В.

Халанская В.А., Ситникова М.А.

Содержание и методика психосоциальной работы в системе социальной работы: Учебно-методическое пособие / В.А. Халанская, М.А. Ситникова. – Белгород : Изд-во БелГУ, 2009. -

Учебное пособие по курсу «Содержание и методика психосоциальной работы в системе социальной работы» для студентов заочной формы обучения представляет собой теоретический материал и практикум по тому же курсу. Учебное пособие составлено в соответствии с требованиями по обязательному минимуму содержания и уровню подготовки специалиста с высшим образованием Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования по специальности 040101.65 (350500) - социальная работа, а также в соответствии с учебной программой.

УДК
ББК

© Халанская В.А., Ситникова М.А, 2009
© Белгородский государственный
университет, 2009

Содержание:

Введение.....	7
Тема 1. Психосоциальная работа: ее специфика и роль в системе социальной работы.....	9
1.1. Психосоциальная работа: понятие, задачи, функции, формы и методы, роль в системе социальной работы	9
1.1.1. Сущность психосоциального подхода в системе социальной работы	9
1.1.2. Понятие «психосоциальной работы» и ее основные направления... ..	14
1.1.3. Правовые основы психосоциальной работы в России	17
1.1.4. Понятия об объекте, субъекте, формах и методах психосоциальной работы	17
1.2. Понятие «социального неблагополучия» и его факторы.....	19
1.3. Трудная жизненная ситуация: научные подходы к пониманию и виды.....	22
1.3.1. Понятие трудной жизненной ситуации.....	22
1.3.2. Критическая ситуация: понятие, характеристики, типы.....	24
1.3.3. Напряженная ситуация: понятие, характерные черты, формы, классификация	29
1.3.4. Стратегии поведения личности в трудной жизненной ситуации	32
1.4. Соотношение понятий «содержание», «методика», «технология» и «техники» психосоциальной работы	33
Вопросы для повторения	38
Резюме по теме.....	39
Тема 2. Психологическая характеристика представителей разных групп населения как объектов психосоциальной помощи.....	40
2.1. Деадаптированная личность как объект психосоциальной работы.....	40
2.1.1. Социальная дезадаптация как объект психосоциальной работы.....	40
2.1.2. Отклоняющееся поведение как объект психосоциальной работы ..	45
2.1.3. Суицидальное поведение как объект психосоциальной работы	49
2.1.4. Проституция как объект психосоциальной работы.....	53
2.1.5. Девиантное поведение на почве сексуальных расстройств как объект психосоциальной работы.....	55
2.2. Аддиктивность как объект психосоциальной работы	58
2.2.1. Наркомания и токсикомания как объекты психосоциальной работы	58
2.2.2. Пьянство и алкоголизм как объекты психосоциальной работы	61
2.3. Агрессия и агрессивность как объект психосоциальной работы.....	65
2.4. Инвалидизированная личность как объект психосоциальной работы... ..	66
2.4.1. Психологические особенности инвалидов	66
2.4.2. Личностные реакции инвалидов на соматические страдания.....	69
2.4.3. Направленность личностных изменений инвалидов.....	72
2.4.4. Психология инвалидов с неизбежным летальным исходом	74
2.5. Посттравматический синдром и психическая травма как объект профилактики и реабилитации	76

2.5.1. Понятия и виды психической травмы и посттравматического расстройства.....	76
2.5.2. Вынужденные переселенцы и пострадавшие в результате локального вооруженного конфликта как объекты психосоциальной работы	78
2.6. Психические травмы детства как объект психосоциальной помощи	81
2.6.1. Дети, пережившие смерть родителей как объекты психосоциальной работы	81
2.6.2. Дети, подвергшиеся сексуальному насилию	84
2.6.3. Дети, подвергшиеся физическому насилию, оскорблениям и унижениям.....	87
2.7. Семейные проблемы как объект психосоциальной помощи.....	89
2.7.1. Проблемные и нестабильные семьи как объекты психосоциальной работы	89
2.7.2. Психосоциальные особенности семейных нарушений и трудностей	91
2.7.3. Особенности неблагоприятных последствий воздействия семейных трудностей и проблем	92
Вопросы для повторения	94
Резюме по теме.....	94
Тема 3. Основные методы психосоциальной работы	95
3.1. Психологические методы в системе социальной работы	96
3.1.1. Психологическая помощь как область психосоциальной работы... ..	96
3.1.2. Классификация основных методов психосоциальной работы.....	97
3.2. Содержание и специфика психологического консультирования в системе социальной работы	101
3.2.1. Сущность и специфика психологического консультирования	101
3.2.2. Принципы психологического консультирования	107
3.2.3. Этические аспекты психологического консультирования	110
3.2.4. Организация и формы психологического консультирования.....	111
3.2.5. Этапы процесса психологического консультирования.....	115
3.2.6. Методы работы консультанта в процессе консультирования.....	118
3.3. Дистантное консультирование	120
3.3.1. Консультирование на телефоне доверия.....	120
3.3.2. Консультативная переписка.....	123
3.4. Психотерапия как направление психосоциальной работы.....	125
3.4.1. Сущность психотерапии. Ее отличие от других методов психосоциальной работы.....	125
3.4.2. Классификация основных направлений, форм и методов психотерапии	128
3.5. Социально-психологический тренинг как метод практической психологии.....	132
3.5.1. Понятие социально-психологического тренинга.....	132
3.5.2. Групповые нормы тренинговых групп.....	134
Вопросы для повторения	136

Резюме по теме.....	136
Тема 4. Содержание и методика психосоциальной работы в организациях и учреждениях различных ведомств	137
4.1. Психосоциальная работа с семьей	137
4.2. Психосоциальная помощь личности в ситуации кризиса.....	145
4.2.1. Технология социально-психологического сопровождения личности в ситуации кризиса	145
4.2.2. Технология кризисной интервенции	149
4.2.3. Технология работы в хосписе.....	151
4.3. Психосоциальная помощь личности с психологической травмой	154
4.3.1. Терапия посттравматического синдрома	154
4.3.2. Психосоциальная помощь жертвам насилия.....	156
4.3.3. Технология работы с утратой и острым горем.....	158
4.3.4. Комплексная реабилитация вынужденных переселенцев из «горячих точек»	160
4.4. Психосоциальная работа с инвалидами и лицами, страдающими психическими расстройствами	163
4.4.1. Социально-психологическая реабилитация инвалидов.....	163
4.4.2. Специфика психосоциальной работы в психиатрии	166
4.5. Психосоциальная профилактика и реабилитация лиц с аддиктивным поведением	168
4.5.1. Профилактика аддиктивного поведения.....	168
4.5.2. Психосоциальная реабилитация химически зависимых (алкоголизм, наркомания, токсикомания)	169
4.5.3. Технология работы с суицидальными клиентами	173
4.6. Психосоциальная работа в пенитенциарных учреждениях.....	175
4.6.1. Психосоциальная профилактика правонарушений	175
4.6.2. Психосоциальная работа с подростками в воспитательной колонии	179
4.6.3. Методические рекомендации по организации психосоциальной адаптации подростков к условиям колонии	184
4.6.4. Психосоциальная работа в местах лишения свободы	189
4.7. Психологическая помощь безработными: виды, формы и методы социально-психологической поддержки безработных.....	191
Вопросы для повторения	193
Резюме по теме.....	193
Практикум (семинарский)	196
Семинар №1. Психосоциальная работа: сущность и содержание	196
Список практических заданий	196
Вопросы для обсуждения на форуме.....	199
Список дополнительной литературы:.....	199
Семинар №2. Социальная дезадаптация и отклоняющееся поведение как объекты психосоциальной работы	199
Список практических заданий	200
Вопросы для обсуждения на форуме.....	201

Список дополнительной литературы:.....	201
Семинар №3. Проблемы инвалидизированной личности, психическая травма, кризисное состояние и проблемы семьи как объект психосоциальной работы.....	201
Список практических заданий.....	202
Вопросы для обсуждения на форуме.....	203
Список дополнительной литературы:.....	203
Семинар №4. Психологические методы в социальной работе. Содержание и специфика психологического консультирования в системе социальной работы.....	203
Список практических заданий.....	204
Вопросы для обсуждения на форуме.....	204
Список дополнительной литературы:.....	204
Семинар №5. Психотерапия как направление психосоциальной работы. Социально-психологический тренинг в психосоциальной работе.....	205
Список практических заданий.....	205
Вопросы для обсуждения на форуме.....	206
Список дополнительной литературы:.....	206
Семинар №6. Психосоциальная работа с семьей.....	207
Список практических заданий.....	207
Вопросы для обсуждения на форуме.....	208
Список дополнительной литературы:.....	208
Семинар №7. Психосоциальная работа, направленная на лиц с девиантным и аддиктивным поведением. Психосоциальная работа по профилактике правонарушений.....	208
Список практических заданий.....	209
Вопросы для обсуждения на форуме.....	209
Список дополнительной литературы:.....	209
Семинар №8. Психосоциальная помощь личности в трудной жизненной ситуации. Психосоциальная работа с инвалидами.....	210
Список практических заданий.....	210
Вопросы для обсуждения на форуме.....	210
Список дополнительной литературы:.....	211
Глоссарий.....	212

Введение

Актуальность дисциплины заключается в возникновении общественной потребности в эффективной психосоциальной помощи у различных групп населения в условиях социально-экономических изменений, происходящих в нашей стране. В связи с этим появляется необходимость подготовки квалифицированных специалистов по социальной работе, владеющих технологиями психосоциальной помощи.

Психосоциальная помощь направлена на психологическую поддержку населения в различных трудных и кризисных ситуациях, вызывающих психологический дискомфорт и эмоциональную нестабильность, на содействие эффективной адаптации к социальной среде, к изменяющимся социальным условиям как отдельных личностей, так и групп населения. Психосоциальная помощь представляет собой пограничную область между психотерапией и социальной работой.

Курс «Содержание и методика психосоциальной работы в системе социальной работы» призван способствовать расширению профессионального мировоззрения специалиста, формированию устойчивых теоретических знаний и практических умений по психосоциальной работе, повышению психологической культуры социального работника.

Состав учебно-методического комплекса:

1. программный блок является нормативным документом, на основе которого строится учебный процесс по дисциплине и состоит из учебной программы дисциплины, рабочей программы, программы промежуточной аттестации.

2. учебно-методический блок содержит:

- руководство по изучению курса, которое является методическим путеводителем по курсу и содержит информацию о трудоемкости изучаемого материала, напоминание об ожидаемых действиях (определение целей темы (занятия), определение действий, демонстрирующих формируемое умение; ссылки на литературу по курсу и т.д.;
- теоретические материалы, которые предназначены для изложения структурированного учебного материала по дисциплине;
- семинарский практикум, который является отражением практических занятий в вузе и способствует практическому определению студентами путей приложения научных знаний, их закреплению и расширению и включает тематику семинарских занятий, заданий к ним и рекомендации по их выполнению);
- глоссарий – словарь терминов.
- тестовые задания, которые доступны только в электронном формате и содержат материалы для рубежного самоконтроля и итогового контроля;

- дидактические материалы, которые представляют собой презентацию дисциплины с целью краткого изложения учебного материала.

Полная версия УМК представлена в электронном виде на CD и в сетевой программной оболочке «Пегас» по адресу <http://pegas.bsu.edu.ru>. Печатная версия включает в себя теоретические материалы, практикум и глоссарий.

Данный курс сориентирован как на самостоятельную познавательную деятельность слушателей, так и на их умение работать с дополнительными источниками информации, размещенными на бумажных и электронных носителях. Обратите внимание, что большая часть семинарских заданий предусматривает выполнение практических заданий и обсуждение вопросов на форуме. При изучении данного курса вам предстоит столкнуться со следующими видами работ:

- тестированием;
- составлением структурно-логических схем;
- написанием эссе и рефератов по теме;
- заполнением таблиц;
- разработкой плана индивидуальной или групповой консультации.

Все лекции по данной дисциплине сгруппированы в темы. Теоретическое изучение каждой темы завершается выполнением рубежного тестирования и практических заданий для самостоятельной работы.

Курс разработан группой авторов: Ситниковой М.А., Халанской В.А. С авторами курса можно связаться по электронной почте: furmanchuk@bsu.edu.ru, либо по адресу: г. Белгород, ул. Студенческая, 14, ауд. 255 (кафедра психологии).

Тема 1. Психосоциальная работа: ее специфика и роль в системе социальной работы

Цели и задачи изучения темы

Основной целью является рассмотрение сущности психосоциальной работы, ее специфики как особого направления в системе социальной работы.

Задачи:

- рассмотреть особенности психосоциального подхода, его место и роль в системе социальной работы;
- сформировать представления о задачах, функциях, формах и методах психосоциальной работы;
- дать представление о личности в трудной жизненной ситуации как об объекте психосоциальной работы;
- рассмотреть соотношение понятий «содержание», «методика», «технология» и «техники» психосоциальной работы.

1.1. Психосоциальная работа: понятие, задачи, функции, формы и методы, роль в системе социальной работы

1.1.1. Сущность психосоциального подхода в системе социальной работы

Социально-психологическая направленность (личность — общество) эволюционировала на протяжении всей истории профессиональной социальной работы в XX в. и привела к возникновению психосоциального подхода. Данный подход в практике социальной работы получил научное обоснование в трудах М.Ричмонд (Mary Richmond) и Ф. Холлинз (Florence Hollis), а в 1950—1960-е гг. большое влияние на него оказали психоаналитические идеи З. Фрейда, а затем и 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.

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». В широком смысле психосоциальная работа понимается как направление социальной работы, основная цель которой — оказание первичной психологической помощи, социальной поддержки и содействия людям, находящимся в трудной жизненной ситуации, как организация комплекса условий для

продуктивной адаптации человека в изменившихся условиях жизнедеятельности. В узком смысле психосоциальная работа — это деятельность специалиста по социальной работе, направленная на восстановление утраченного психосоциального равновесия, на поиск ресурсов личности и ресурсов социальной среды для преодоления трудностей в жизненной ситуации.

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 в России 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. Школьная психологическая служба, обслуживала школьный и учебно-воспитательный процесс; психология управления, связанная с подбором и подготовкой руководителей разного уровня, психология спорта, юридическая и т.д.

Особенно остро нуждаются в психосоциальной поддержке люди, переживающие посттравматический стресс после аварий, катастроф, а также участники военных конфликтов, бывшие воины афганской и чеченской войны. Посттравматический стресс сказывается как на общем психосоматическом благополучии, а также проявляет себя в эмоционально-коммуникативных расстройствах, в различных формах социальной дезадаптации, как в семейно-бытовой, так и в производственной сфере. 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.

Становление и развитие в России социальной работы вызвано возникновением общественной потребности в первичной психологической помощи. В отечественной методологии и практике социальной работы идея синтеза психологического и социального прослеживается на всех уровнях — в формулировках целей и задач социальной помощи населению, в квалификационных требованиях и должностных обязанностях социальных работников, 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.

Таким образом, основные задачи психосоциальной помощи — расширение диапазона социальных и личностных ресурсов клиента для самостоятельного решения возникающих проблем, преодоление трудностей, актуализация творческих, интеллектуальных, личностных, духовных и физических возможностей, необходимых для выхода из кризисного состояния, стимулирование самоуважения и уверенности в себе.

Неожиданные перемены жизненных обстоятельств, такие как утраты и потери, связанные с чрезвычайными ситуациями, техногенными и экологическими катастрофами, террористическими актами и подобными им событиями, вызывают ужас, стресс, состояние неопределенности, фрустрации, ощущение невозможности самостоятельно справиться с трудностями. Именно тогда человек обращается к специалисту за помощью и поддержкой: правовой, экономической, социальной, медицинской, но в первую очередь он нуждается в первичной психологической помощи.

В психосоциальной работе в России особое внимание уделяется психологическим аспектам адаптации субъекта к изменившимся условиям, трудной жизненной ситуации. Психосоциальная работа развивается на стыке наук — практической психологии и социологии (теории социальной работы).

Практическая психология как новая отрасль появилась в отечественной психологии в конце 90-х гг. XX в., что связано с формированием социального заказа на обоснованное воздействие на человека и группу людей. С развитием общества резко возросла зависимость населения от действий одного человека и относительно небольших групп людей (например: ученых-атомщиков, экологов или террористов). Решения и действия одного человека или группы людей имеют последствия, измеряемые в пределах не только одной страны или региона, но и всей планеты. Достаточно вспомнить аварию на Чернобыльской атомной станции, войну в Ираке, террористические акты на Дубровке (Москва) или Манхэттене (США).

Практическая психология в нашей стране развивается очень динамично и стремительно, поскольку предмет ее исследований — индивидуальность, неповторимость человека и конкретных обстоятельств его жизни. Вместе с

тем в нашей стране появилось еще одно научное направление — теория и практика социальной работы, — которое также обусловлено не только социальным заказом общества, но и жизненной необходимостью. Кризисные явления признаются самыми стрессогенными факторами развития личности современного человека. Они порождают ситуации неопределенности, неустойчивости и как следствие сопровождаются напряженностью, тревогой, эмоциональными всплесками и перегрузками.

Цель социальной работы — содействие человеку в трудной жизненной ситуации, а цель практической психологии — поиск адекватных способов воздействия на человека. В связи с этим предмет исследований психосоциальной практики — поиск способов, мотивирующих человека на преодоление трудной жизненной ситуации, поиск личностных ресурсов и ресурсов социальной среды.

Источниками *внешнего* социально-психологического неблагополучия человека становятся: потеря работы, близких, инвалидность, хроническая болезнь, смена места жительства и привычных условий жизни, адаптация после травм, возвращение из мест лишения свободы, психологические последствия военных конфликтов и т. п. Особенно незащитны и уязвимы социально депривированные и дезадаптированные люди. Чаще всего это люди с ограниченными возможностями, пожилые, безработные, люди, находящиеся в кризисе, подвергшиеся насилию, получившие психическую травму.

Главная цель психосоциальной работы — продуктивная социализация личности в изменившихся условиях. Психосоциальная работа проводится в тех случаях, когда требуется общественное или индивидуальное воздействие, цель которого — забота о здоровье, создание условий нормальной адаптации и социализации личности в социуме, коррекция, восстановление или компенсация утраченных функций поведения, общения, взаимодействия в процессе жизнедеятельности.

Человек умеет приспосабливаться к различным жизненным обстоятельствам, но существуют события и ситуации, выходящие за пределы повседневного человеческого опыта: войны, катастрофы, акты насилия, смерть близкого человека, стихийные бедствия и многое другое. В результате возникает посттравматический стресс.

Еще одна причина посттравматического стресса относится к *внутреннему* миру личности. Она связана с реакцией человека на пережитые им события. Все люди реагируют по-разному: трагическое происшествие может нанести тяжелую психологическую травму одному и почти не затронуть психику другого. Если психическая травма относительно слаба, то повышенная тревожность и другие симптомы стресса постепенно проходят: у кого-то в течение нескольких часов или дней, у некоторых через несколько недель. Если же травма была сильной или травмирующее событие повторялось многократно, болезненная реакция может сохраниться на многие годы. Потеря душевного равновесия, бурные психические проявления в случае психической травмы — явления совершенно нормальные. Когда у человека нет возможности разрядить

внутреннее напряжение, вызванное психической травмой, его тело и психика находят способ как-то «пристроиться» к напряжению. В этом и заключается механизм посттравматического стресса.

Особенности первичной психологической помощи в критической ситуации рождают новые комплексные и интегративные подходы в работе с клиентами. Многие принципы этой работы являются общими как для практической психологии, так и для социальной работы. В функции специалиста по социальной работе наряду со многими другими входит и оказание первичной психологической (кризисной) помощи и социальной поддержки человека, находящегося в трудной жизненной ситуации.

Существуют различные уровни взаимодействия (индивидуальные, групповые и межгрупповые) с клиентами, субъектами различных социальных институтов.

Особое значение придается *построению помогающих отношений*, среди которых выделяют несколько уровней взаимодействия. Наиболее важные из них:

обращение к себе, поскольку личность, личностное самочувствие и идентификации всегда присутствуют в пространстве взаимоотношений специалиста с клиентом;

приобретение умений, навыков и техник, которые позволяли бы без оценки личности направлять ее к осознанию когнитивных, чувственных и духовных сторон, содействуя развитию способностей, их свободному проявлению в различных ситуациях.

Организация всесторонней помощи и поддержки лицам, нуждающимся в повышении своей социальной и психологической компетентности, возможна лишь при условии знания внешних и внутренних особенностей их жизнедеятельности. Поэтому ни одна из социальных дисциплин не может сегодня эффективно функционировать, ограничиваясь теоретическим уровнем обоснования, необходимо осознание специфики повседневной практической работы с людьми. Коммуникативные контакты работников социальных служб с людьми, интегративная диагностика личности и ее проблем, организация совместной деятельности и взаимодействий рождают новые комплексные подходы и методы в решении человеческих проблем. В любой области социального обслуживания используются методы психологического воздействия на личность и группу. Однако прямое перенесение методов психологии в социальную работу нежелательно, поскольку такие сложные виды работы, как психологическое консультирование и психотерапия, требуют специальных профессиональных навыков и практической подготовки специалиста.

Беседы с клиентом имеют поддерживающий характер и нацелены на рассмотрение пограничных проблем. Психологическое воздействие специалиста подчинено определенной цели и направлено на изменение психологического состояния клиента, находящегося в критической ситуации

при условии проявления у него признаков социальной дезадаптации, дезинтеграции и депривации.

Однако в задачу специалиста не входит существенное изменение личности, ее межличностных и социальных отношений, даже если эффект от контактов с клиентом в определенной степени приводит к такому результату. Все концепции социализации, так или иначе, тяготеют к одному из двух подходов, различающихся пониманием роли самого человека в процессе социализации.

1.1.2. Понятие «психосоциальной работы» и ее основные направления

Психосоциальная работа является для многих достаточно расплывчатым понятием. В докладе по психотерапии (1975) она определялась как *«профессиональное занятие с ясным пониманием того, какое значение имеют социальная организация и формы человеческого общения для психического развития и благополучия индивида»*. **Психосоциальная работа** — это направление в социальной работе, которое уделяет особое внимание психологическим аспектам трудной жизненной ситуации клиента.

Понятие "психосоциальный", с одной стороны, определяет точку зрения на причины человеческого страдания — социальные и психические проблемы взаимодействуют друг с другом, с другой стороны, указывает способы решения проблемы, учитывающие как социальные, так и психологические аспекты, с которыми, в свою очередь, работают параллельно.

В практической работе границы между психотерапией и психосоциальной работой часто являются подвижными. Той профессиональной группой, которая находится на водоразделе между психотерапией и психосоциальной работой, являются социальные работники в системе социальной защиты, криминального исправления, школьного образования и большей части учреждений здравоохранения. В своей практической деятельности они часто применяют психотерапевтические знания, но не уверены, в какой мере при этом они регулярно осуществляют психотерапию. Поэтому в последние годы их работу стали называть психосоциальной. Сравнить различные рабочие формы психотерапии и психосоциологии можно на примере их различных целей и уровня притязаний, когда речь идет об изменении ситуации клиента.

Здесь можно выделить три направления психосоциальной работы:

1. Социальная служба.
2. Психосоциальная работа:
 - общественно направленное воздействие;
 - индивидуально направленное воздействие.
3. Лечение (воздействие):
 - психосоциальное воздействие;
 - психотерапия.

Социальная служба. Примером социальной службы является посредничество различного вида:

- выплаты социальных пособий;
- предоставление информации о том, где можно найти работу, получить образование и жилье;
- помощь в списании долгов;
- как добиться льгот в очереди на детский сад или на место в больнице.

Содержание контактов концентрируется на опосредовании имеющихся возможностей и информации. Личность нуждающегося в помощи на этом уровне не затрагивается или затрагивается незначительно. В центре стоит внешняя социальная ситуация. Редко возникают какие-либо особые отношения друг с другом, поскольку контакты с большинством клиентов кратковременны. Ранее этот тип работы доминировал в системе социальной защиты.

Психосоциальная работа. Психосоциальная работа имеет место в большинстве направлений лечебной, воспитательной и исправительной деятельности: забота о здоровье матери и ребенка, детские ясли, школы, система социальной защиты, система уголовного исправления, воспитание молодежи, психиатрия. Психосоциальная работа осуществляется и в такой специфической сфере, как производство.

Психосоциальная работа включает в себя две различные формы:

1) **Общественно направленное воздействие или профилактическая психосоциальная работа**, как она иначе именуется, заключается в просветительской деятельности или передаче знаний различным группам. Примером этой работы могут служить информация и курсы в школе об алкоголе и половых отношениях, примером ее объекта — группа для родителей в детском здравоохранении.

2) Другая форма психосоциальной работы применяется во время контактов с отдельными лицами, т.е. речь идет об индивидуально направленном воздействии.

Личность клиента затрагивается в большей степени, чем при оказании социальной помощи. Беседы являются по своему характеру поддерживающими и нацелены на проработку пограничных проблем. Речь может идти и о беседе с лицом, находящимся в кризисном состоянии, а также о советах в различной форме. Беседы не нуждаются в особой систематизации, а исходят из актуальных потребностей клиента. Не происходит вникания в прошлое индивида. Целью не является достижение каких-либо существенных изменений личности, даже если эффект и мог бы стать терапевтическим, т.е. лечебным и освобождающим. Работа, проводимая неспециалистами, например, воспитателями или надзирателями различного вида, можно сказать, находится на данном уровне психосоциальной работы. Работа по изучению психосоциальной обстановки и мотивационная деятельность также преимущественно относятся ко второму уровню.

3. Лечение (воздействие). Работа по оказанию психосоциальной помощи является в высшей степени индивидуально направленной. Проблемы проявляются здесь социально и психологически. Клиент должен иметь иную, более сильную мотивацию, чтобы помощь стала актуальной. Социальный

работник и клиент приходят к согласию о начале совместного процесса решения проблемы.

Воздействие более систематизировано и структурировано, чем общественная психосоциальная работа. По продолжительности оно простирается от многократных до многолетних контактов. Завязываются более личные отношения, которые используются для осуществления изменений. Такая психосоциальная деятельность также направлена на изменение личности, отношений и социальной ситуации.

Психотерапия определяется как «воздействие, основанное на психологической теории и методах и заключающееся в систематических, целенаправленных мерах по оказанию помощи лицу или группе лиц в вопросе урегулирования чувств, импульсов, мыслей, отношений и снятия психосоматических симптомов, которые являются беспокоящими».

В психотерапии используется ряд методов:

- гипноз,
- поведенческая терапия,
- психодинамическая терапия,
- образная терапия,
- манипуляционный (трансактный) анализ.

В отличие от психосоциального воздействия, психические проблемы стоят в самом центре. К сожалению, психотерапия в течение длительного времени считалась более «высокой», чем психосоциальное воздействие, и имела более высокий статус. Ряд социальных работников, прошедших дополнительную подготовку по психотерапии, покинули организацию, где преимущественно занимались психосоциальным воздействием, и перешли к другой деятельности. Нет никаких оснований возвышать одну форму работы над другой. Обе направлены на глубокие изменения и предъявляют высокие требования к компетенции воздействующего лица.

Многие ученые и практические работники рассматривают психотерапию и психосоциальное воздействие как равноценные формы работы. *Психосоциальное воздействие* означает, что прорабатывается как социальная, так и психологическая ситуация, в то время как в фокусе психотерапии находится психическое страдание. 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. Кроме того, эти формы применяются в различных организациях, направлены на различные группы и отличаются друг от друга рабочей методикой, обусловленной специфическими проблемами целевых групп.

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.

1.1.3. Правовые основы психосоциальной работы в России

К законодательным и нормативным актам, обеспечивающим нормативно-правовые основы психосоциальной работы в социальных службах относятся, в первую очередь:

1. Федеральный закон от 10.12.95г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения», законодательно закрепивший создание и развитие сети социальных служб для населения, включая оказание социально-психологической помощи.

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 23.07.93 № 848 «О реализации Конвенции ООН о правах ребенка и Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей», предполагающее как социально-правовую, так и социально-психологическую охрану и защиту подрастающего поколения.

3. Нормативные акты, регулирующие деятельность социальных учреждений разных ведомств. Документы Министерства социальной защиты населения РФ: Типовое Положение о социальном приюте для детей и подростков; о центре психолого-педагогической помощи населению; примерное Положение о территориальном центре социальной помощи семье и детству и т.д.

4. Нормативно-правовое регулирование условий труда и оплаты социальных работников, социальных педагогов, практических психологов в системе учреждений социального обслуживания.

5. Региональные законодательно-нормативные акты, регулирующие деятельность социальных служб и работу социальных педагогов, социальных работников, практических психологов.

6. Основные документы, регламентирующие данный вид деятельности. Законодательное и нормативно-правовое регулирование: законы РФ, Указы Президента РФ, Постановления Правительства РФ, регулирующие деятельность социальных служб; внутриведомственное и региональное нормативно-правовое регулирование. Нормативно-правовое регулирование условий труда и оплаты.

1.1.4. Понятия об объекте, субъекте, формах и методах психосоциальной работы

Объект психосоциальной работы — часть населения, которая в данный момент времени находится в трудной жизненной ситуации. В науке выделяют критические и напряженные ситуации. Это могут быть ситуации

переживания утрат и потерь: постоянного места жительства вследствие военных и межнациональных конфликтов, техногенных и стихийных бедствий; потери работы.

К субъектам психосоциальной работы относят людей с ограниченными возможностями, инвалидов, детей-сирот, социально неблагополучных, входящих в «группу риска», аддиктивных, переживающих боль утрат и потерь, т. е. людей, находящихся в трудной жизненной ситуации и неспособных самостоятельно справиться с ней. Психосоциальная практика не может сегодня эффективно функционировать без осознания проблематики, содержания и методики повседневной работы с личностью в ситуации.

Важное ресурсное обеспечение адаптации человека к изменившимся трудным условиям жизнедеятельности — актуализация физических, интеллектуальных, личностных, духовных и творческих возможностей, необходимых для выхода из критического состояния, стимулирование самоуважения и уверенности в себе. Воздействие специалиста по социальной работе подчинено определенной цели и направлено на реалии психической жизни человека, имеющие непосредственное отношение к критической или напряженной жизненной ситуации клиента. Чаще всего первичная психологическая помощь заключается в реализации технологий кризисной интервенции.

Находясь в состоянии острого кризиса, человек не может самостоятельно найти выход из трудной ситуации, он ощущает безысходность и тупиковость жизненных обстоятельств. Стрессовое состояние вносит когнитивный диссонанс в его ощущения и вводит его в состояние интеллектуального ступора, что и становится причиной неспособности самостоятельно справиться с возникшими жизненными обстоятельствами. Находясь в таком состоянии, человек нуждается в помощи специалиста.

К основным **функциям** психосоциальной работы относятся информационная, диагностическая, консультативная, коррекционная, посредническая и терапевтическая.

Формы оказания психосоциальной помощи: индивидуальные и групповые. В функциональные обязанности специалиста входят такие формы работы, как ведение групп и консультирование, направленные на оказание помощи клиенту в критических, напряженных и психотравмирующих ситуациях, на расширение у него диапазона социально и личностно приемлемых средств для самостоятельного решения возникающих проблем и преодоления трудностей.

Основные **методы** психосоциальной работы: психотерапевтическая беседа как метод индивидуальной работы с клиентом и ведение групп как метод групповой работы с сообществом: семьей, группой, коллективом.

Групповая работа может быть посвящена поиску способов решения трудной жизненной ситуации и овладению ими. К таким способам относятся:

нейтрализация или разрешение проблем, связанных с работой, занятостью, трудоустройством;

- проживание утрат и потерь;

приспособление к изменившимся условиям жизни и выживание в трудной жизненной ситуации;

выработка конструктивных социальных навыков сотрудничества, партнерства и построение новых безопасных отношений.

Довольно эффективен и продуктивен *метод системных решений* (семейных и организационных расстановок), но он требует специальной подготовки специалиста в системе повышения квалификации или дополнительного профессионального образования.

1.2. Понятие «социального неблагополучия» и его факторы

В современной России к группе социального риска относятся многие категории населения — инвалиды, граждане пожилого и престарелого возраста, неполные и многодетные семьи, дети-сироты, подростки, склонные к противоправному поведению, и т.д. Многозначность, широкая трактовка этого понятия приводят к тому, что в одном случае его используют как синоним понятия «малозащищенный», в другом — «социально-опасный», в третьем — «малообеспеченный» и т.д. Все эти характеристики имеют прямое отношение к содержанию понятия «группа риска», представляя собой частный случай из всего множества вариантов «рискованного» состояния человека в обществе. Но социальный риск необязательно связан с девиантным поведением.

М. А. Беляева объясняет понятия «группа риска» и «социальное неблагополучие» как два разных состояния. В одном случае социальное функционирование затруднено (группа риска), в другом — нарушено (неблагополучие). Группа социального риска — это промежуточное, переходное состояние от благополучия к неблагополучию, а риск в том, собственно, и заключается, что под влиянием деструктивных факторов социальные параметры человека или группы лиц могут негативно измениться, что приведет к ситуации неблагополучия.

Частое синонимичное использование понятий «группа риска» и «социальное неблагополучие» связано с тем, что любое неблагополучие автоматически порождает разнообразные социальные риски более высокого порядка. Например, результатом химической зависимости у человека становится утрата здоровья, социального статуса, и это дает все основания считать человека неблагополучным. Но все-таки не каждый наркоман ВИЧ-инфицирован, не каждый наркоман совершил уголовное преступление, однако риск противоправного поведения или заражения у него неизмеримо выше, чем у других граждан, поэтому наркоманы входят в группу риска в отношении инфицирования ВИЧ, гепатитом В и С, а также в группу риска по противоправному поведению. Логично, что каждый неблагополучный индивид автоматически попадает в группу риска по отношению к каким-то факторам. Но обратное утверждение, что состояние группы риска

сопровождается явным неблагополучием, неверно. Так, неполные семьи, безусловно, относятся к группе риска, но далеко не каждая неполная семья неблагополучна. Многовариантность состояний, которые сопровождаются социальным риском, требует их классификации. В основу этой классификации можно заложить пирамиду потребностей А. Маслоу или использовать характеристики социального функционирования, которые скрывают в себе потенциальные негативные изменения в сложившейся ситуации (материальный, психологический, физический, правовой и иной статус человека или группы).

Факторная классификация предполагает разделение всех групп социального риска на три большие категории, обусловленные: 1) внутренними особенностями личности или группы; 2) политическими, культурными, экономическими механизмами, существующими в обществе; 3) природными явлениями, случайного или закономерного характера.

К первой категории относятся:

1. Социальный риск, обусловленный поведенческими особенностями. Внутри этой группы можно дифференцировать поведенческие особенности, вызванные незнанием культурных норм (например, иностранец в чужой стране), их сознательным неприятием (преступник), неспособностью понимания культурных норм (олигофрен), неспособностью регулировать свое поведение (лица нарушенной эмоционально-волевой сферой вследствие врожденных или приобретенных психических заболеваний, а также возрастных особенностей). В данную подгруппу входят, в том числе лица с наркотической и другими формами зависимости.

2. Социальный риск, связанный с ограниченными возможностями в самообслуживании и трудовой деятельности (инвалиды, дети, пожилые и престарелые граждане, женщины в период беременности и ухода за детьми раннего возраста);

3. Социальный риск, вызванный дефицитом отношений, построенных на любви и привязанности, иначе — дефицитом брачно-родственных отношений (дети-сироты, неполная семья, одиночество).

4. Социальный риск, обусловленный большими функциональными нагрузками, приводящими к ролевым противоречиям (многодетная семья, неполная семья, приемная семья).

Во вторую категорию входят:

социальный риск, связанный с нарушением прав личности со стороны государства или конкретных граждан, от которых человек оказывается зависимым на данный момент (инвалиды, национальные меньшинства, дети, женщины);

социальный риск, связанный с экономическими катаклизмами в обществе. В данную группу входят бездомные, безработные и многие другие категории малообеспеченных граждан;

социальный риск, связанный с видом профессиональной деятельности человека (врачи, журналисты, работники правоохранительных органов и т.д.);

социальный риск, связанный с кризисом нравственных ценностей (молодежь, прежде всего);

социальный риск, вызванный политическими конфликтами, военными и террористическими действиями (беженцы и вынужденные переселенцы, участники военных действий);

социальный риск, обусловленный техногенными катастрофами («дети Чернобыля» и т. п.).

К третьей категории относятся ситуации имущественных и человеческих потерь (вдовство, сиротство, миграции и т.д.), связанные с природными катаклизмами или естественной физической гибелью человека в силу возраста, болезни.

Тот факт, что одни и те же категории населения попадают в различные группы риска, говорит о подавляющей полифакторности социального риска. Данная классификация не претендует на полноту охвата рассматриваемого вопроса и нуждается в дальнейшей разработке. Таким образом, содержание понятия «группа риска» неравнозначно таким определениям социального состояния человека, как малозащищенный, неблагополучный, девиантный, и требует четкого обозначения факторов риска, понимания возможных последствий воздействия этих факторов, т.е. сути самого риска, в чем он, собственно, заключается.

Личности в период жизненных кризисов свойственно искажение центрального образования самосознания — субъективного образа мира, т. е. представлений и отношений к себе и окружающему миру в целом. В качестве глубинной психологической защиты «включается» отчуждение, и нарушается адаптация человека.

Наиболее распространены такие деформации образа мира и нарушения адаптации, как комплекс жертвы, выражающийся сочетанием психических реакций (апатии, отказа от ответственности за себя и других, беспомощности, безнадежности, снижения психологической самооценки и т.п.), комплекс отверженности, характеризующийся разобщенностью, холодностью и жизненным девизом «Никому не верь, ни на что не надейся, никого ни о чем не проси».

И в том и в другом случае люди полны катастрофических ожиданий и предчувствий, опасаются негативного влияния любых событий на свою жизнь. Это состояние сочетается с внешним локусом контроля — экстернальностью, т.е. склонностью объяснять основную часть жизненных неудач внешними обстоятельствами. Подобное эмоциональное самочувствие оказывает негативное влияние на душевное благополучие человека, на его отношения с окружающими и усиливает социально-психологические и личностные конфликты, психологическую напряженность.

Находящийся в кризисе человек не видит выхода из сложившейся проблемной ситуации. С одной стороны, ощущение безысходности влечет за собой тяжелые переживания, с другой — человек максимально открыт новому опыту в этот момент. Кризис может быть результатом длительно развивающегося процесса или внезапного действия одного либо нескольких

факторов. Он может возникнуть в ответ, как на катастрофу, так и на незначительное событие (по типу «последней капли»), может привести к положительным личностным переменам и стать важным жизненным опытом.

Базовая ситуация нарушения адаптации к жизни — изменения, которые прямо или косвенно нарушают относительно устойчивое динамическое равновесие внешних и внутренних условий бытия личности, создавая тем самым потенциальную или актуальную угрозу существованию и удовлетворению ее основных жизненных потребностей. Перед личностью возникает проблема, от которой нельзя уйти и вместе с тем невозможно разрешить при помощи выработанных ранее способов адаптации.

Непродуктивная (защитная) адаптация к жизни — фиксированное, негибкое построение человеком отношений с собой, своими близкими и с внешним миром на основе действия механизма отчуждения; попытки разрешить трудную жизненную ситуацию неадекватными способами.

Позитивная адаптация к жизни — процесс сознательного построения, упорядочения или достижения человеком относительно равновесных отношений между собой, другими людьми и миром в целом. Потерю мира и себя невозможно восполнить, применяя привычные средства социальной помощи: материальную поддержку, профессиональную переподготовку и трудоустройство или призыв взять себя в руки.

1.3. Трудная жизненная ситуация: научные подходы к пониманию и виды

1.3.1. Понятие трудной жизненной ситуации

Постижение трудной жизненной ситуации вне опыта чувственных переживаний невозможно. Как правило, не ситуация жизнедеятельности человека становится предметом научного анализа, а эмоции и чувства, которые испытывает человек по поводу происходящих события.

Ситуация, понимаемая как внешние условия протекания жизнедеятельности человека, обозначается понятиями «социальный случай», «случай», «социальный эпизод». Ситуация рассматривается как совокупность элементов среды либо как фрагмент среды на определенном этапе жизнедеятельности индивида (А.Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова). Такого определения придерживаются Д. Магнуссон, А. Фарнхейм, М. Аргайл, Л. Фергюссон, В. Мишель, Г. В. Балл и другие. Структура ситуации включает в себя действующих лиц, их деятельность, ее временные и пространственные аспекты. Ситуации различают по экологическим, географическим, архитектурным, психосоциальным и другим переменным среды и их атрибутам.

Существует и иная позиция. Ситуация определяется как система субъективных и объективных элементов, объединяющихся в деятельности субъекта. Объективные элементы охарактеризованы при описании предыдущего подхода к определению ситуации. К субъективным элементам относят межличностные отношения, социально-психологический климат,

групповые нормы, ценности, стереотипы сознания. Отмечено несколько характерных различий в понимании ситуации и среды (Л. Николов). Во-первых, понятие ситуации не совпадает с понятием видов среды, являющейся сложным образованием, — с географической, социальной, макро- и микросредой и т. п. Во-вторых, среда внесубъектна, а ситуация всегда субъективна (это всегда чья-то ситуация). Кроме того, среда характеризуется устойчивостью и длительностью, стабильностью, а ситуация всегда кратковременна.

Под объективной ситуацией понимается актуальное физическое и социальное окружение, а под субъективной — любой компонент субъективной ситуации, воспринимаемой человеком и поэтому получающей то или иное значение (К. Стеббинс). В концепции отношений личности предложено понятие значимой ситуации и отмечена уязвимость личности к определенным факторам среды (В. Н. Мясищев). Ситуация также описывается как когнитивный конструкт личности, который отражает часть объективной реальности, существующей в пространстве и времени и характеризующейся тем или иным социальным контекстом (В.Н.Воронин, В.Н.Князева). По поводу представленности ситуации в сознании индивида выделяются два момента: формирование и развитие конструкта ситуации; функционирование конструкта, отражающего ситуацию в качестве элемента целостной системы, представляющей картину мира. В связи с этим описываются уровни психологической репрезентации ситуации в зависимости от степени полноты представленности в целостной картине мира. Отмечается, что ситуация задает контекст восприятия человека, внося упорядоченность в общую картину социального мира.

Выделяются несколько подходов к анализу ситуаций. Прежде всего, следует различать структурный и содержательный аспекты анализа ситуаций. Например, структурный аспект ситуации выделяется (А. Первин), когда ее определяют как некий гештальт, характеризующийся сочетанием четырех компонентов — действующими лицами, их деятельностью, временем и местом ее осуществления. Или же акцент делается на содержательном аспекте анализа, на когнитивной репрезентации социальных интеракций (Дж. Форгас). Другая классификация подходов к анализу ситуаций (Д. Магнуссон) включает в себя следующие аспекты:

- 1) анализ особенностей восприятия ситуаций;
- 2) анализ мотивационной стороны;
- 3) анализ реакций на ситуацию.

Таким образом, когда используются понятия «субъективная ситуация», «интерпретация ситуации», «субъективность ситуации», а также в какой-то мере «ситуации как когнитивные конструкты», «установки», «значимая ситуация», «личностный смысл», подразумевается именно перцептивный аспект ситуаций, если последние понимать как элементы среды. Так устраняется кажущееся противоречие между двумя основными подходами к определению понятия «ситуация».

Социальные факторы действуют в течение всей жизни человека, однако конкретные социальные воздействия часто ограничены во времени и оказывают влияние на личность относительно недолго. Следовательно, социальными факторами, играющими в неблагополучии определенную роль, выступают события. Они могут вызывать критические ситуации, которые относятся к различным онтологическим полям (Ф. Е. Василюк). Проблема соотношения личности и ситуации важна для понимания феномена стресса. От физиологического понимания стресса, представленного Г. Селье как неспецифическая реакция организма на любое воздействие извне, сейчас переходят к признанию специфичности реакции в том смысле, что она возникает в ответ на значимый раздражитель. События среды влияют на личность, личность избирает способ реагирования, которым является стресс. Главным становится вопрос, будет ли событие рассматриваться как стрессовое.

Р. Лазарус ввел понятие «психологический стресс», признав, что человек сам создает для себя трудности и стрессовые факторы. К. Паркес представил теоретическую модель, в которой подчеркнуто значение личностных и средовых переменных в стрессе и адаптационном процессе. Под средовыми факторами в модели понимаются относительно стабильные психосоциальные характеристики обстановки на работе (социальная поддержка и требования, предъявляемые к работе). Под ситуационными переменными — тип стрессового эпизода и значение, ему придаваемое, т. е. изменения среды и их восприятие. Факторы, влияющие на экстремальность стрессоров, могут быть как субъективные, так и объективные. (Проблемами психологического стресса занимаются Р. Розенфельд, М. Горовиц, Л.А. Китаев-Смык и другие исследователи). Таким образом, трудная жизненная ситуация — это положение, объективно нарушающее жизнедеятельность человека, которое он не может преодолеть самостоятельно, в связи с чем, нуждается в специальной поддержке и помощи специалистов. В науке выделяют *критические* и *напряженные* виды трудных жизненных ситуаций.

1.3.2. Критическая ситуация: понятие, характеристики, типы

Критическая ситуация — это крайне сложная, трудная и опасная ситуация, ставящая перед личностью дилемму: поражение, психологическая капитуляция или победа. Поведение человека в такой ситуации выявляет не только индивидуальные, но и социально-психологические качества, мировоззрение, нравственные убеждения и взгляды, адаптационные возможности субъекта.

Существуют ситуации, например утрата близкого человека, которые не могут быть разрешены ни самыми оснащенными предметно-практическими действиями, ни самым совершенным отражением. Предметно-практическое действие бессильно, потому что никакое внешнее преобразование не способно исправить ситуацию: она необратима (Ф. Е. Василюк). Такие ситуации называют критическими. Итак, критические ситуации — это ситуации, когда

невозможно реализовать свои стремления, мотивы, цели и ценности — все то, что может быть вызвано внутренними необходимостями.

Существуют четыре ключевых понятия, которыми в современной практической психологии описывают критические жизненные ситуации: «стресс», «фрустрация», «конфликт», «кризис». Тип критической ситуации определяется характером состояния «невозможности», в котором оказалась жизнедеятельность субъекта. «Невозможность» же эта определяется тем, какая жизненная необходимость парализована в результате неспособности субъекта справиться с внешними и внутренними условиями жизнедеятельности. Таким образом, внешние и внутренние условия, тип активности и специфическая жизненная необходимость — главные пункты, по которым мы будем характеризовать основные типы критических ситуаций и отличать их друг от друга.

К первому типу критической ситуации относится *стресс* (англ. stress — напряжение) — неспецифическая реакция организма на ситуацию, которая требует большей или меньшей функциональной перестройки организма, соответствующей адаптации. По замечанию Р. Люффа, «многие считают стрессом все то, что происходит с человеком, если он не лежит в кровати», а Г. Селье полагал, что «даже в состоянии полного расслабления спящий человек испытывает некоторый стресс», и приравнивал отсутствие стресса к смерти. Р. Лазарус ввел определение психологического стресса как реакции, опосредованной оценкой угрозы и защитными процессами. Дж. Эверилл вслед за С. Селлом сущностью стрессовой ситуации считал утрату контроля, т.е. отсутствие адекватной реакции индивида на ситуацию. П. Фресс предложил называть стрессом особый вид эмоциогенных ситуаций, а именно «употреблять этот термин применительно к ситуациям повторяющимся, или хроническим, в которых могут появиться нарушения адаптации».

Ю. С. Савенко определил психический стресс как «состояние, в котором личность оказывается в условиях, препятствующих ее самоактуализации». Этот список можно было бы продолжить, но главная тенденция состоит в отрицании неспецифичности ситуаций, порождающих стресс. Новая жизненная ситуация — всегда источник стресса, но не каждая становится критической. Не любое требование среды вызывает стресс, а лишь то, которое оценивается как угрожающее, нарушающее адаптацию, контроль, препятствуя самоактуализации.

Второй тип критической ситуации — *фрустрация* (лат. frustratio — обман, расстройство, тщетное ожидание) — определяется как состояние, вызванное противоречием между сильной мотивацией удовлетворить потребность, с одной стороны, и преградой, невозможностью достичь ее — с другой. Фрустрирующие ситуации классифицируются по характеру фрустрируемых мотивов и барьеров. К классификации первого рода относится, например, проводимое А. Маслоу различение базовых, «врожденных» психологических потребностей (в безопасности, уважении и любви) — фрустрация, которая носит патогенный характер, и «приобретенных потребностей» — фрустрация, которая не вызывает психических нарушений.

Барьеры, преграждающие путь индивида к цели, делятся на физические (тюрьма); биологические (болезнь, старение); психологические (страх, отчуждение, пренебрежение, интеллектуальная недостаточность); социокультурные (нормы, правила, запреты). Т. Дембо разделяет барьеры на внутренние и внешние. Внутренние — это те, которые препятствуют достижению цели, внешние — те, что не позволяют испытуемым выйти из ситуации.

Сочетание сильной мотивированности к достижению определенной цели и препятствий на пути к ней, несомненно, необходимое условие фрустрации, однако, преодолевая порой значительные трудности, человек не впадает при этом в состояние фрустрации. Значит, должен быть поставлен вопрос о достаточных условиях фрустрации или вопрос о переходе ситуации затрудненности деятельности в ситуацию фрустрации. Попробуем найти ответ на этот вопрос в характеристиках состояния фрустрированности.

Человек, будучи фрустрирован, испытывает беспокойство и напряжение, безразличие, апатию, чувство вины, тревогу, ярость и враждебность, зависть и ревность и т.д. Сами по себе эти эмоции не проясняют нашего вопроса, а кроме них у нас остается единственный источник информации — поведенческие «следствия» фрустрации, или фрустрационное поведение. Выделяют следующие виды фрустрационного поведения:

- двигательное возбуждение — бесцельные и неупорядоченные реакции; апатию (в исследовании Р. Баркера, Т. Дембо и К. Левина ребенок в фрустрирующей ситуации лег на пол и смотрел в потолок);

- агрессию и деструкцию;

- стереотипию — тенденцию к слепому повторению фиксированного поведения;

- регрессию, которая понимается либо как обращение к поведенческим моделям, доминировавшим в более ранние периоды жизни индивида, либо как примитивизация поведения или падения качества исполнения.

Н. Майер определил фрустрацию как поведение без цели (монография «Фрустрация — поведение без цели»). Однако базовое утверждение его теории состоит не в том, что «фрустрированный человек не имеет цели», а в том, что «поведение фрустрированного человека не имеет цели, т.е. он утрачивает целевую ориентацию». К. Гольдштейн утверждает, что поведение этого рода не подчинено не только фрустрированной, но вообще никакой цели, оно дезорганизовано и беспорядочно. Он называет это поведение катастрофическим. Таким образом, основной признак фрустрационного поведения — утрата ориентации на исходную, фрустрированную, цель, при этом фрустрационное поведение необязательно лишено целенаправленности, внутри себя оно может содержать некоторую цель. Важно то, что достижение этой цели лишено смысла относительно исходной цели или мотива данной ситуации.

К третьему типу критической ситуации относится конфликт (лат. *konfliktus* — столкновение) — столкновение противоположно направленных целей, смыслов, мотивов. Два основных вопроса теории конфликта — что

именно сталкивается и каков характер этого столкновения. Решение первого вопроса тесно связано с общей методологической ориентацией исследователя. Приверженцы психодинамических концептуальных схем определяют конфликт как одновременную актуализацию двух (или более) мотивов (побуждений). Бихевиористы утверждают, что о конфликте можно говорить только в том случае, когда существуют альтернативные возможности реагирования. Наконец, с точки зрения когнитивной психологии в конфликте сталкиваются идеи, желания, ценности — словом, феномены сознания.

В вопросе о характере отношений конфликтующих сторон К. Хорни высказала интересную идею, что только невротический конфликт (тот, в котором, по ее определению, несовместимы конфликтующие стороны и которому присущ навязчивый и бессознательный характер побуждений) может рассматриваться как результат столкновения противоположно направленных сил. Что касается содержания отношений между конфликтующими тенденциями, то здесь следует различать два основных вида конфликта: в одном случае тенденции внутренне противоположны (т.е. противоречат друг другу по содержанию), в другом — несовместимы, но не принципиально, а лишь по условиям места и времени.

В качестве необходимых условий конфликта К. Хорни называет осознание своих чувств и наличие внутренней системы ценностей, Д. Миллер и Г. Свенсон — «неспособность чувствовать себя виноватым за те или иные импульсы». Все это доказывает, что конфликт возможен только при наличии у индивида сложного внутреннего мира и актуализации этой сложности. Здесь проходит теоретическая граница между ситуациями фрустрации и конфликта.

Ситуация фрустрации может создаваться не только из-за материальных преград, но и идеальных, например запрета на ведение какой-либо деятельности. Эти преграды, и запрет в частности, когда они выступают для субъекта как нечто самоочевидное и, так сказать, не обсуждаемое, становятся, по существу, психологическими внешними барьерами и порождают ситуацию фрустрации, а не конфликта, несмотря на то, что при этом сталкиваются две, казалось бы, внутренние силы. Запрет может перестать быть; самоочевидным, стать внутренне проблематичным, и тогда ситуация фрустрации преобразуется в конфликтную. Сознание призвано соизмерять мотивы, выбирать между ними, находить компромиссные решения, — словом, преодолевать сложности. В этом случае критическая ситуация такова, что субъективно невозможно ни выйти из ситуации конфликта, ни разрешить ее, найдя компромисс между противоречащими побуждениями или пожертвовав одним из них.

Четвертый тип критической ситуации — кризис (греч. crisis — решение, поворотный пункт) — характеризует состояние индивида, порождаемое проблемой, от решения которой он не может уйти и не может разрешить ее привычным способом в короткий период времени. Среди эмпирических событий, которые могут привести к кризису, выделяют такие, как смерть близкого человека, тяжелое заболевание, отделение от родителей, семьи, друзей, изменение внешности, смена социальной обстановки, женитьба, резкие изменения социального статуса и т.д.

Теория кризиса появилась сравнительно недавно в результате исследований Э. Линдемана, описанных в статье «Клиника острого горя»: «Исторически на теорию кризисов повлияли в основном четыре интеллектуальных движения: теория эволюции и ее приложения к проблемам общей и индивидуальной адаптации; теория достижения и роста человеческой мотивации; подход к человеческому развитию с точки зрения жизненных циклов; интерес к совладанию (копинг) с экстремальными стрессорами».

Теория кризисов возникла на основе также идей психоанализа (в первую очередь таких его понятий, как «психическое равновесие» и «психологическая защита»), некоторых идей К. Роджерса и теории ролей. Отличительные черты теории кризисов согласно Дж. Якобсону следующие:

теория кризисов относится главным образом к индивиду, хотя некоторые ее понятия используются применительно к семье, малым и большим группам; «теория кризисов рассматривает человека в его собственной экологической перспективе, в его естественном человеческом окружении»;

в теории кризисов выделяются не только возможные патологические следствия кризисов, но и перспективы роста и развития личности.

Жизненные события теоретически квалифицируются как ведущие к кризисам, если они «создают потенциальную или активную угрозу удовлетворению фундаментальных потребностей» и при этом ставят перед индивидом проблему, «от которой он не может уйти и которую он не может разрешить в короткое время и «привычным способом».

Д. Каплан выделяет четыре последовательные стадии кризиса:

стадия первичного роста напряжения (стимулирует привычные способы решения проблем);

стадия дальнейшего роста напряжения в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными;

стадия еще большего увеличения напряжения (требует мобилизации внешних и внутренних источников);

стадия повышения тревоги и депрессии, для которой характерны чувства беспомощности и безнадежности, дезорганизация личности.

Собственно говоря, кризис — это кризис жизни, критический момент и поворотный пункт жизненного пути. Внутренней необходимостью жизни личности становится реализация своего пути, своего жизненного замысла. Психологическим «органом», проводящим замысел сквозь неизбежные трудности и сложности мира, выступает воля. Воля — это орудие преодоления «умноженных» друг на друга сил трудности и сложности. Когда перед лицом событий, в которых проявляются важнейшие жизненные отношения человека, воля оказывается бессильной, возникает специфическая для этой плоскости жизнедеятельности критическая ситуация — кризис.

В психологии развития выделяют два вида кризисов: биологические и «биографические». Биологические кризисы связаны с этапами календарного и психического развития человека, к ним относятся хорошо известные всем кризис новорожденного, кризис трех лет, подростковый, кризис середины

жизни и т.п. «Биографическими» кризисами служат кризисы нереализованности, бесперспективности и опустошенности (Р.А. Ахмеров).

1.3.3. Напряженная ситуация: понятие, характерные черты, формы, классификация

Влияние напряженной ситуации на поведение человека зависит не только от характера задачи, конкретной обстановки, но и от индивидуальных особенностей, мотивов поведения, опыта, знаний, навыков, умений, свойств нервной системы, эмоционально-волевой устойчивости. Напряженная ситуация понимается как усложнение условий деятельности, которое приобрело для личности, группы или коллектива особую значимость. Другими словами, сложные, объективные условия деятельности становятся напряженной ситуацией, когда они воспринимаются, понимаются, оцениваются людьми как трудные, опасные и т.д. Любая ситуация предполагает включенность в нее субъекта. Напряженная ситуация, как и всякая ситуация, воплощает в себе единство субъективного и объективного.

Объективное — это усложненные условия и процесс деятельности; субъективное — состояние, установки, способы действий в резко изменившихся обстоятельствах. Особенности напряженных ситуаций определяются соотношением и связью объективного и субъективного. Напряженная ситуация сложна, трудна и экстремальна: критическая, стрессовая, трудная, рискованная. В жизни часто возникают такие ситуации, они требуют от человека мышления, распределения внимания. Напряженная ситуация — психогенный раздражитель. Отсюда сила и продолжительность ее воздействия детерминированы психическим состоянием человека, его индивидуальными особенностями, подготовленностью. Иначе говоря, напряженная ситуация по содержанию может быть одной и той же, а формы ее отражения в психике личности разнообразные. Любая напряженная ситуация характеризуется некоторыми чертами: внезапностью, неожиданностью, ломкой установок, напряженным психическим состоянием.

Поведение в напряженной обстановке определяется сочетанием двух психологических уровней регуляции, это дает основание представить напряженную ситуацию как сложный комплексный раздражитель. Реакции первого уровня — приспособительные, активизирующие и ориентировочные рефлексy, автоматические типа навыков; реакции второго уровня — активизирующие сложные интеллектуальные функции. Они формируют стратегию поведения и обеспечивают процесс распределения внимания между контролем за текущим состоянием управляемого объекта, выработкой нового, адекватного ситуации плана и способа деятельности.

Для оценки степени влияния напряженной ситуации используют такие показатели, как: физиологические сдвиги (вегетативные реакции); психические изменения (показатели психических процессов определяющие успешность деятельности); изменения функционального уровня деятельности (результат деятельности).

Противостоять напряженной ситуации возможно, если индивиду присущи:

-физиологическая устойчивость благодаря физическим и физиологическим качествам организма;

психическая устойчивость, обусловленная профессиональной подготовкой и общим уровнем качеств личности (специальные навыки действий в напряженной ситуации, наличие положительной мотивации, чувство долга);

психологическая активность (активно-деятельное состояние, мобилизованность всех сил и возможностей на предстоящее действие).

Итак, поведение и действия человека в напряженных ситуациях — сложный процесс, в котором переплетены различные его зависимости от информации, физиологических защитных и адаптивных реакций, подготовленности, психологической устойчивости и готовности, индивидуально-психологических особенностей личности.

Ученые выделяют следующие психологические формы реакций в напряженных ситуациях:

Резкое понижение организованности поведения, что может выражаться в утрате ранее выработанных навыков, не использовании прошлого опыта в так называемых импульсивных, преждевременных и несвоевременных действиях. Повышение общей чувствительности в напряженной ситуации нередко приводит к снижению надежности действий, появления торопливости и сумбурности в поведении; растерянности, замедленной реакции, нарушению логики рассуждения. Неполнота, двусмысленность, неопределенность информации могут не только ухудшить временные характеристики и точность деятельности, но и вызвать ошибочные действия и еще более усложнить ситуацию. Торможение действий и движений, как правило, характеризующееся замедленностью действий, вплоть до психического ступора (оцепенения).

Повышение эффективности деятельности выражается в целесообразной активности, четком восприятии и осмыслении появившихся осложнений, правильной их оценке, повышении самоконтроля, совершенствовании адекватных ситуации действий.

Рассмотрим некоторые характерные изменения в структуре деятельности, происходящие под воздействием напряженной ситуации.

1. Влияние напряженной ситуации на исполнительские функции. Необдуманное импульсивное выполнение одного действия вместо другого — одно из типичных проявлений влияния напряженной ситуации, вызывающего неточность ее восприятия и оценки, ошибочные действия. В наиболее тяжелых случаях возможен отказ от Действий в результате психического ступора. Исполнительные действия в сложной ситуации зависят от мотивации и волевых усилий. Выделены два типа трудностей различных действий: мешающие максимальному проявлению физических качеств и препятствующие эффективному проявлению интеллектуальных процессов.

Важнейшими детерминантами волевых усилий становятся мотивация, установка, самосознание, эмоциональное возбужден». Эффективность волевых усилий находится в прямой зависимости от уровня профессионального мастерства человека в процессе выполняемой деятельности.

Влияние напряженной ситуации на процессы восприятия и мышления. Отмеченные импульсивные действия в такой ситуации, прежде всего, результат неправильной оценки и необдуманного решения. Отказ от действий, замедленные и ошибочные действия» обычно возникают в связи с нарушениями процессов и приемов переработки информации и принятия решения. Процесс принятия информации нарушен вследствие снижения объема внимания, как правило, в напряженной ситуации внимание концентрируется на ограниченном круге действий в ущерб приему и переработке полного объема восприятия.

Влияние напряженной ситуации на эмоции. Эмоциональные реакции принято рассматривать как приспособительные акты, компонент реагирования. Суть этих реакций состоит в том, они помогают человеку быстрее определить полезность или вредность сложившихся в данный момент ситуаций. Психическое напряжение через эмоциональную стимуляцию мобилизует адаптационные механизмы человека: увеличивается выделение гормонов, усиливается процесс обогащения кислородом тканей.

Невысокая степень напряженности не ухудшает протекание химических процессов, а, наоборот, обостряет восприятие и активное реагирование. Низкая эмоциональная устойчивость — одна из самых частых предпосылок для возникновения и длительного ее хранения напряженности.

По данным К. К. Платонова и Е.А. Плетницкого, при воздействии сильных эмоциональных факторов у большинства людей повышается устойчивость всех функций и лишь примерно у 10-15 % наряду с ярко выраженными внешними проявлениями эмоций резко снижается профессиональная работоспособность, значительно влияет на деятельность личности в целом.

Все отмеченные формы психических реакций под воздействием напряженной ситуации обусловлены неопределенностью и дефицитом информации. В напряженной ситуации нарушаются не столько отдельные психические функции (ощущение, восприятие, память), сколько комплексный психический процесс оценки обстановки и принятия решения. Решающее условие сохранения устойчивости и эффективности деятельности — знания, навыки, умения, мотивы, волевые и другие качества личности.

Согласно психологической классификации выделяют следующие группы напряженных ситуаций, различающихся по продолжительности и содержанию, но сходных по психологической структуре: скоропреходящую напряженную ситуацию, длительную напряженную ситуацию, напряженную ситуацию с элементом неопределенности, напряженную ситуацию, требующую готовности к экстренным действиям, и напряженную ситуацию, в которой сочетаются неожиданность и дефицит времени.

Скоропроходящая напряженная ситуация характеризуется быстротой возникновения, необходимостью исключительно оперативно воспринимать и осмысливать обстановку, принимать решения при недостатке или противоречивом характере информации, ее быстром «старении» и т.д. Действия в подобных ситуациях связаны с интенсивным функционированием мышления, гибким использованием прежнего опыта, переключением внимания с одной установки на другую. Быстрота обеспечивает способность психики к мгновенной актуализации, т. е. к ориентации на будущее. В этом психологический смысл данного явления, так как основной фактор скоропроходящей напряженной ситуации — внезапность.

В длительной напряженной ситуации человек успевает сориентироваться, но длительное напряжение постепенно истощает его физические и психические ресурсы, вызывая тем самым фрустрацию, апатию, истощение, подавление активности.

В напряженной ситуации с элементом неопределенности перед человеком встает трудная задача выбора одного из двух противоположных, но одинаково значимых решений. В напряженной ситуации, требующей готовности к экстренным действиям, человеку часто приходится управлять быстро протекающими процессами в условиях строгого дефицита времени, что предъявляет повышенные требования к его психологическим качествам и приводит к большим психологическим нагрузкам.

Иногда, например, нужно контролировать процессы, протекающие очень медленно. В этих условиях снижаются концентрация внимания и работоспособность, увеличивается время реакции. Такой режим длится в течение значительного времени, но всегда существует некоторая вероятность возникновения непредвиденных ситуаций, в которых нужно максимально быстро включиться в процесс управления и выполнить экстренные действия для ликвидации аварийной ситуации. Здесь необходимы высокая бдительность и постоянная готовность к экстремальным действиям. В ситуации, в которой сочетаются неожиданность и дефицит времени, несмотря на неожиданность, человек должен немедленно принять единственно правильное решение. В данном случае правильные и неправильные действия могут быть резко разграничены.

1.3.4. Стратегии поведения личности в трудной жизненной ситуации

Независимо от характеристики ситуации — критической или напряженной — процесс проживания ее для человека становится стрессогенным, несмотря на продолжительность события и обстоятельства, воспринимаемые личностью как трудные, невыносимые и значительно осложняющие его жизнедеятельность. Человек испытывает стресс — нервно-психическое напряжение разной степени напряженности, в зависимости от того, как он воспринимает конкретную жизненную ситуацию и обстоятельства своей жизни.

Для совладения со стрессом каждый человек использует собственные стратегии (копинг-стратегии), опирающиеся на личностный опыт. Дж. Амирхан на основе факторного анализа разнообразных копинг-ответов на стресс выделил три группы копинг-стратегий: разрешения проблем, поиска социальной поддержки и избегания:

1) стратегия разрешения проблем — активная поведенческая стратегия, когда человек старается использовать все свои личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного решения проблемы;

2) стратегия поиска социальной поддержки — активная поведенческая стратегия, при которой человек для эффективного решения проблемы обращается за помощью и поддержкой к окружающим: семье, друзьям, близким, значимым другим людям;

3) стратегия избегания — поведенческая стратегия, когда человек старается избежать контакта с окружающей его действительностью, уйти от решения проблем (пассивные способы избегания: уход в болезнь, употребление алкоголя, наркотиков; активный способ — суицид).

Стратегия избегания — одна из ведущих поведенческих стратегий при формировании дезадаптивного, псевдосовладающего поведения. Она направлена на преодоление или снижение дистресса человеком, который находится на более низком уровне развития. Использование этой стратегии обусловлено недостаточностью развития личностно-средовых копинг-ресурсов и навыков активного разрешения проблем. Однако она может носить как адекватный, так и неадекватный характер, в зависимости от стрессовой ситуации, возраста и состояния ресурсной системы личности.

Наиболее эффективно использование всех трех поведенческих стратегий в зависимости от ситуации. В одних случаях человек может самостоятельно справиться с возникшими трудностями, других — ему требуется поддержка окружающих, иногда он может избежать столкновения с проблемной ситуацией, заранее подумав о ее негативных последствиях.

1.4. Соотношение понятий «содержание», «методика», «технология» и «техники» психосоциальной работы

В современной теории нет однозначного определения научных понятий «методика», «технология» и «техники» психосоциальной работы, они только начинают складываться в самостоятельное направление социальной практики. Отсюда возникают различные проблемы и подходы к освещению и пониманию методической, содержательной и технологической составляющих в организации психосоциальной работы.

Среди ученых, и в первую очередь психологов, существуют различные, порой альтернативные точки зрения на специфику оказания психосоциальной помощи и на необходимость разграничения профессиональной ответственности специалистов, оказывающих помощь человеку, находящемуся в трудной жизненной ситуации. Вместе с тем реалии социальной практики таковы, что первый специалист, с которым встречается клиент, нуждающийся в помощи, — специалист по социальной работе. По

долгу своей службы он обязан оказать человеку первичную психологическую помощь и сделать это профессионально, корректно и компетентно. Поэтому необходимость рассмотрения соотношения понятий методики, технологии и техники психосоциальной работы — актуальная проблема не только теории, но и практики.

Объектом исследования методики психосоциальной работы служит процесс адаптации человека к изменившейся трудной жизненной ситуации, поиск ресурсов и способов выхода из нее.

Предмет исследования методики психосоциальной работы — связь, взаимодействия и взаимоотношения специалиста с субъектом (личностью, группой, семьей, сообществом), находящимся в трудной жизненной ситуации.

На примере разных форм этого взаимодействия специалисты по социальной работе разрабатывают и предлагают определенные системы профессиональных воздействий: терапевтические, организационные, координационные, посреднические, диагностические, образовательные, мотивационные и др. Это позволяет выстроить особую атмосферу безопасности, открытости и доверия в отношениях с клиентом. К основным направлениям психосоциальной работы относят информирование, профилактику, реабилитацию, коррекцию, развитие и посредничество. Эти направления находят свое конкретное выражение в содержании психосоциальной работы.

Содержание психосоциальной работы определяет программы психосоциальной помощи и социальной поддержки в методических рекомендациях, реализуется в методах, средствах и организационных формах психосоциальной работы с клиентом в период его адаптации к изменившимся условиям жизни.

Методика психосоциальной работы отражает терапевтическую, организационную, профилактическую, реабилитационную и развивающую функции профессиональной деятельности специалиста на основе изучения объективных закономерных связей между содержанием психосоциальной работы, взаимодействием с клиентом и построением особых, помогающих отношений с ним, нормативные требования к содержанию психосоциальной работы.

Важное значение для развития методики психосоциальной работы имеет изучение опыта психосоциальной практики, в котором могут получить решение актуальные задачи, еще не решенные средствами науки. Такой обобщенный опыт служит эмпирическим материалом для теоретического исследования и позволяет решать новые проблемы.

Пример такого опыта — поиск универсальных психосоциальных технологий помощи жертвам террористических актов. Важная функция обобщения опыта психосоциальной практики — проверка методических концепций в практике психосоциального вспомоществования и разработанных на их основе учебных материалов — программ, учебников, учебного оборудования, методических рекомендаций.

Еще одна проблема в теории социальной работы — выявление соотношения методики и технологии различных направлений: медико-социальной, социально-правовой, психосоциальной. Можно выделить три основные точки зрения по данному вопросу.

Согласно первой точке зрения, довольно широко распространенной среди специалистов-практиков, термин «методика» заменяется термином «технология». Чаще всего такой подход свидетельствует о недостаточном понимании сущности и задач методической работы, особенно в отношении технологических подходов к социальной практике.

Существует и иная точка зрения, согласно которой «методика и технология органически связаны между собой, где методика понимается как совокупность способов организации процесса, а технология — как средство реализации процесса» (Основы педагогических технологий: краткий толковый словарь. — Екатеринбург, 1995).

Данная позиция также порождает ряд вопросов. Дело в том, что технология чаще всего носит надпредметный характер: сами технологические подходы профилактической или реабилитационной групповой деятельности могут быть реализованы в любых направлениях юридической, психологической, педагогической или социальной практики вне зависимости от содержания. Между тем методика более конкретна: например, существуют методики работы с детьми «группы риска», или с женщинами — жертвами насилия, или с личностью, переживающей утрату и острое горе. Кроме того, в методике могут использоваться жесткие требования, предписания, методы воздействия, ограничения и т.п. Технология (например, кризисной интервенции), наоборот, построена на взаимодействии. Функционирование и реализация технологии предусматривают взаимосвязанную деятельность специалиста и клиента на договорной основе (терапевтический контракт, например) с учетом принципов индивидуализации и дифференциации, оптимальную реализацию терапевтических возможностей специалиста и адаптивных, совладающих возможностей человека, находящегося в трудной жизненной ситуации, использование диалога и особых помогающих отношений. Поэтому рассматривать технологию как частный случай методики не совсем корректно.

И, наконец, существует мнение, что методику и технологию следует дифференцировать по субъекту деятельности. «Если понятие "методика" отражает процедуру использования комплекса методов и приемов реализации, например, процесса обучения безотносительно к осуществляющему их деятелю, то технология предполагает присовокупление к ней личности педагога во всех ее многообразных проявлениях» (Шиянов Е.Н., Котова Е.Б. Развитие личности в обучении. — М., 1993. — С. 252.).

Если данную логику рассуждения применить к психосоциальной работе, то понятие «методика психосоциальной работы» отражает процедуру использования комплекса методов и приемов взаимодействий с

клиентом, нуждающимся в психосоциальной помощи, безотносительно к осуществляющему их специалисту.

Технология психосоциальной работы предполагает присвоение к ней личности специалиста во всех многообразных проявлениях профессиональных ролей и функций: «координатор», «консультант», «адвокат», «посредник», «терапевт», «друг», «помощник», «защитник», «менеджер» и др.

В то же время технологии психосоциальной работы, в отличие от методики психосоциальной работы, предполагают разработку содержания и поиск ресурсов жизнедеятельности самими клиентами.

Сведем воедино данные о методике и технологии психосоциальной работы.

1. *Методика психосоциальной работы* - частная дидактика, теория обучения в психосоциальной практике:

а) совокупность способов организации процесса адаптации, направленных на оптимизацию ресурсов личности клиента и ресурсов социальной среды, на совладание с трудной жизненной ситуацией;

б) конструирование и применение методов и приемов для обеспечения эффективности адаптации клиента к изменившимся условиям жизни.

2. *Методика психосоциальной работы* отражает процедуру использования комплекса методов и приемов взаимодействий с клиентом, нуждающимся в психосоциальной помощи, безотносительно к осуществляющему их специалисту.

Задачи методики психосоциальной работы:

- устанавливаются нормативные требования к первичной (кризисной) психологической помощи клиенту, оказываемой специалистом по социальной работе.

- определяются методы, методические средства и организационные формы взаимодействия с клиентом, наиболее полно отвечающие задачам первичной (кризисной) психологической помощи и социальной поддержки.

- обеспечивается возможность постоянного обновления теоретических и методических знаний специалиста.

- создаются условия для повышения профессионального мастерства и обмена опытом, в том числе методическим

- обеспечивает решение одновременно нескольких задач в процессе помощи: социальной — через организацию сети социальной поддержки клиента; терапевтической — для клиента; организационной.

- усиливает адаптацию, оптимизирует совладающий (копинг) и адаптационный потенциал клиента; организует процесс сопровождения клиента в трудной жизненной ситуации.

- обеспечивает конкретными приемами и навыками индивидуальной и групповой работы в процессе терапевтической деятельности.

-дает клиентам представление об основах совладания с трудными жизненными ситуациями, о способах получения и обработки информации в ситуациях принятия решений.

Сравнительный анализ позволяет убедиться в том, что технология и методика психосоциальной работы действительно представляют собой самостоятельные области научного знания, которые имеют общие компоненты (сфера психосоциальной практики, объекты и субъекты психосоциальной работы), но каждая обладает своей спецификой и требованиями к реализации. Как явление психосоциальные технологии вошли в ежедневную практику и теорию психосоциального вспомоществования, однако как понятие они еще требуют углубленной проработки. Попробуем разобраться с этим вопросом, хотя мы не ставим цель представить этот анализ полно и во всем многообразии подходов.

В словарях приводятся три основные трактовки термина «технология» (технология — от греч. *techne* — искусство, мастерство, умение и *logos* —учение, слово):

- совокупность приемов и способов получения, обработки или переработки (изменения состояния, свойств, формы) сырья, материалов, полуфабрикатов или изделий в различных отраслях промышленности, строительстве и т.п.;

- научная дисциплина, разрабатывающая и совершенствующая эти приемы и способы;

- описание производственных процессов, инструкции по их выполнению, технологические карты и т.п. (См.: Социологический энциклопедический словарь / под ред. Г. В.Осипова. - М., 1998.)

Понятие «психосоциальная технология» заимствовано из зарубежной научной литературы, в отечественных научных изданиях встречается довольно редко. Чаще всего используется в следующих основных значениях:

- совокупность способов, методов, средств, приемов организации деятельности специалиста с целью воздействия на процессы социальной адаптации, профилактики, реабилитации и т.п.;

- описание способов, методов, средств, приемов организации деятельности специалиста в методиках, которые включают в себя следующие разделы: цели, задачи и возможности метода; планируемое итоговое состояние социального субъекта; применяемые методы и приемы; условия и последовательность их применения; необходимое время для применения данной технологии; квалификация работников; способы обучения приемам технологии;

3) деятельность по целенаправленному преобразованию субъектов психосоциальной помощи; оптимизация развития и функционирования клиентов в изменившихся трудных жизненных обстоятельствах.

К задачам психосоциальных технологий относятся:

- выбор точек-идентификаторов, по которым можно отслеживать адаптационный или терапевтический процесс;

- характеристика диагностики этого процесса, выработка средства оценки наблюдаемых изменений и результатов;
- осмысление этапности точек сочленения, расхождения, ветвления конкретных помогающих действий;
- определение операциональных способов эффективной психосоциальной помощи человеку, находящемуся в трудной жизненной ситуации.

Обобщим подходы разных авторов. Итак, психосоциальные технологии могут изучаться как:

- научное направление с разрабатываемым научным аппаратом (объектом, предметом, задачами), формирующей терминологией, самостоятельной областью для исследований и т.д.;

- метаметодика (Metd (греч.) — между, после, через; промежуточность, переход к чему-либо другому. Например: метанаука — универсальная наука, претендующая на изучение различных наук на основе общего для них метаязыка; метатеория — теория, анализирующая структуру, методы и принципы какой-либо научной теории.) В этой области обобщается описание терапевтических и адаптационных процессов, выявляются профессиональные требования к их эффективному выполнению, разрабатываются технологические карты: анализ жизненной ситуации клиента, ресурсов личности клиента и социальной среды, компьютерные варианты обработки информации, тестирования и пр.;

- конкретно-технологическая операция, действие (технологическая цепочка): совокупность методов и приемов, позволяющих достичь оптимального результата; это собственно психотехника социальной практики (психотехника релаксации), практическое воплощение требований и рекомендаций, разрабатываемых на научном и метаметодическом уровне.

Таким образом, методика психосоциальной работы — это частная дидактика, теория обучения психосоциальной практике; технология психосоциальной работы — это совокупность способов организации процесса адаптации, направленных на оптимизацию ресурсов личности клиента и ресурсов социальной среды, на совладание с трудной жизненной ситуацией; психосоциальная технология — это конкретно-технологическая операция, действие (технологическая цепочка): совокупность методов и приемов, направленных на достижение оптимального результата.

Итак, отличие технологии от методики психосоциальной работы в том, что в методике сделан акцент на индивидуальном характере психосоциальной работы, а в технологии — на процессе жизнедеятельности клиента

Вопросы для повторения

1. Дайте понятие психосоциальной работы. Охарактеризуйте ее место и роль в системе социальной работы.

2. Где зародился психосоциальный подход? С какими именами ученых связано его научное обоснование?

3. Охарактеризуйте современное состояние и перспективы развития психосоциальной работы в системе социальной работы в нашей стране.

4. Раскройте содержание понятия социально-психологической дезадаптации.

5. Охарактеризуйте соотношение психосоциальной и социальной работы в системе социальной помощи и поддержки населения.

6. Дайте определение объекта и субъекта психосоциальной работы.

7. Охарактеризуйте основные формы и методы психосоциальной работы в системе социальной работы.

8. Чем отличается методика и технология психосоциальной работы?

9. Перечислите основные группы (категории) социального риска. Назовите факторы «социального неблагополучия».

10. Назовите основные виды трудной жизненной ситуации.

11. Назовите основные типы критических ситуаций. Опишите их характерные черты.

12. Охарактеризуйте отличительные черты напряженных ситуаций.

13. Назовите основные стратегии поведения человека в трудной жизненной ситуации.

Резюме по теме

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. 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.

В решении этих проблем участвуют различные специалисты, включая социальных работников, психологов с разной специализацией, психотерапевта 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 вычлениить и осознать эти проблемы, определить внутреннюю позицию клиента, адресовать к необходимым специалистам.

Таким образом, выделившись в специальное направление практической деятельности, психосоциальная работа имеет свои специфические задачи, функции, формы и методы в системе социальной работы.

Тема 2. Психологическая характеристика представителей разных групп населения как объектов психосоциальной помощи

Цели и задачи изучения темы

Основной целью является рассмотрение психологических особенностей представителей тех социальных категорий, которые, прежде всего, нуждаются в психологической помощи и являются объектами психосоциальной работы.

Задачи:

- сформировать представления о дезадаптации как о предмете психосоциальной работы;
- дать представление об основных социальных категориях, нуждающихся в психологической поддержке;
- рассмотреть основные виды, причины и последствия поведенческих девиаций;
- рассмотреть основные виды, причины и последствия аддиктивного поведения (наркомании, токсикомании, алкогольной зависимости);
- рассмотреть психологические особенности инвалидов, психологию больных с неизбежным летальным исходом;
- дать представление о посттравматическом синдроме, последствиях психических травм детства;
- рассмотреть психологическое содержание кризисного состояния человека, его виды и признаки;
- рассмотреть психологические проблемы семьи (кризисы, конфликты, трудности, нарушения, распад) как источник личностной дезадаптации.

2.1. Дезадаптированная личность как объект психосоциальной работы

2.1.1. Социальная дезадаптация как объект психосоциальной работы

Каждый человек независимо от возраста является объектом социализации, содержание которой определяется заинтересованностью

общества в том, чтобы человек успешно овладел следующими социальными ролями:

- мужчины и женщины (поло-ролевая социализация);
- семьянина — был бы способен к созданию прочной семьи (семейная социализация);
- труженика — мог бы и хотел компетентно участвовать в социальной и экономической жизни общества (профессиональная социализация);
- гражданина — был бы законопослушным гражданином общества (политическая социализация).

Требования к человеку предъявляет не только общество в целом, но и конкретные группы и организации, в которые включен индивид.

Социализация человека всегда протекает в определенных условиях, кроме того, человек сам влияет на создание этих условий и может стать не только субъектом или объектом социализации, но и жертвой обстоятельств или условий. Проблемы, связанные с социализацией, могут явно не влиять на успешность человека в реализации общественно значимых функций, но через определенный период времени, иногда довольно значительный, они «всплывают», что приводит к немотивированным поступкам и решениям, к дефектам социализации, нарушениям социальной адаптации.

Современные ученые придерживаются мнения, что основное качество продуктивной личности, приобретаемое в процессе социализации — адаптивность. Под адаптивностью понимается способность самостоятельно достигать относительного равновесия в отношениях с самим собой и окружающими людьми, как в благоприятных, так и неблагоприятных жизненных ситуациях. Формирование адаптивности как жизненного качества должно быть основной целью и результатом психосоциальной работы. Адаптивность предполагает принятие жизни и себя как ее части во всех проявлениях, относительную автономность, готовность и способность изменяться во времени и изменять условия жизни — быть ее автором и творцом. С позиций социализации человек выступает в трех ипостасях — объекта, субъекта, а иногда и «жертвы» как в стихийной, так и в направляемой, социально-контролируемой социализации.

Адаптивная личность — это личность, способная оптимально для себя приспособиться к условиям функционирования в изменяющейся среде и в дальнейшем психически, личностно и социально развиваться. Критериями адаптивной личности служат: способность контролировать события, понимать причины стресса, осознавать действия, которые необходимо предпринять; способность к мобилизации новых ресурсов, внешних и внутренних источников помощи; гибкость в решении проблем; низкий уровень тревожности; проявления индивидуальной эмоциональной, интеллектуальной и когнитивной организации жизни; наличие баланса напряженности—расслабленности.

Если человек не умеет приспособляться и гибко реагировать на изменения внешней среды, в том числе социальной, может произойти **дезадаптация**, нарушение приспособления организма к условиям

существования. Нарушения проявляются в ригидности (негибкости), социальной «тупости», социальной дезинтеграции и изолированности личности. В психиатрии под дезадаптацией понимается утрата приспособляемости к условиям социальной среды по причине психического заболевания (например, невроза).

Дезадаптация может возникнуть вследствие кратковременных и сильных травмирующих воздействий среды на человека или менее интенсивных, но продолжительных. В результате возникают различные сбои в деятельности: снижение производительности труда и его качества, нарушения дисциплины труда, повышение аварийности и травматизма. Критериями психофизиологической дезадаптации считаются проблемы, связанные с состоянием здоровья, настроением, тревожностью, степенью утомляемости, активностью поведения. Стойкие нарушения психической адаптации проявляются в клинически выраженных психопатологических синдромах и (или) в отказе от деятельности.

В зависимости от жизненной сферы выделены следующие виды социальной дезадаптации.

Физическая дезадаптация связана с врожденными или приобретенными физическими особенностями индивида, снижающими трудоспособность, затрудняющими передвижение в пространстве, самообслуживание и др.

Психологическая дезадаптация понимается как нарушение в психоэмоциональной сфере человека, сопровождающееся искаженной оценкой ситуации, рассогласованием целей, средств и результата деятельности, утратой самоконтроля, неадекватным поведением.

Экономическая дезадаптация выражается в неспособности человека или группы, например семьи, удовлетворить свои потребности в пище, жилье, одежде в данных экономических условиях. Иными словами, экономическая дезадаптация — это бедность, низкий уровень жизни.

Профессиональная дезадаптация проявляется в отсутствии работы, несоответствии между уровнем подготовки и выполняемой деятельностью, хронической неудовлетворенности работой, во вредном воздействии профессиональной деятельности, отсутствии на рабочем месте необходимых условий.

Социально-бытовая дезадаптация выражается в том, что условия быта не отвечают потребностям человека. Например, в результате военного конфликта человек приобретает статус беженца и, попадая в лагерь беженцев, оказывается совершенно неприспособленным к полевым условиям жизни.

Правовая дезадаптация проявляется в неопределенности или утрате правового статуса в обществе. В этом случае человек не может реализовать свои права и не получает гарантированных государством социальных благ. Например, лица без определенного места жительства (бомж), утратившие документы и жилье, теряют статус гражданина, избирателя, инвалида, пенсионера.

Ситуационно-ролевая дезадаптация означает такое состояние личности или группы, которое не позволяет ей успешно справляться с определенной социальной ролью, необходимой в складывающейся ситуации. О ситуационно-ролевой дезадаптации свидетельствуют:

1) неприятие социальной роли, т.е. внутреннее несогласие с ней, нежелание ее выполнять;

2) противоречие выполнения этой роли ожиданиям конкретной социальной группы, общества в целом, выраженным в нормах и ценностях;

3) возникновение острых межролевых противоречий при выполнении социальной роли.

Например, вследствие утраты работы человек приобретает непривычный для себя статус безработного, при этом он теряет и определенный уровень финансового обеспечения, а привычка покупать дорогие продукты, одежду и обувь остается. Рано или поздно это противоречие порождает конфликт между потребностями и невозможностью их удовлетворения и как следствие приводит к фрустрации.

Социокультурная дезадаптация характеризуется неспособностью или неготовностью, а также нежеланием субъекта социализации усвоить необходимый объем знаний, ценностей, социальных и культурных норм, принятых в обществе. Например, женщина, воспользовавшись услугами Интернета, выходит замуж за иностранца, попадая в новую для себя социокультурную ситуацию. Слабое знание или незнание языка, законов, традиций и норм построения взаимоотношений в данной стране зачастую приводит к социальной изоляции и депривации, порождает ущербность моральных установок, смысложизненных ориентации, вызывает социокультурную дезадаптацию, девиантное поведение и другие социальные патологии.

По продолжительности дезадаптация может быть временной и устойчивой. Если человек оказывается в проблемной ситуации и должен адаптироваться (имеет соответствующую мотивацию, и социальная среда ждет от него исполнения определенных действий), то это означает, что он находится в состоянии *временной дезадаптации*. Временная дезадаптация характерна, например, для людей, которые оказались в новых учебных заведениях или производственных группах, где их роли и взаимоотношения с другими членами еще не определились, поскольку находятся в процессе становления. Адаптация как система действий, постепенно развертывающихся во времени и пространстве, может привести к ликвидации временной дезадаптированности. Однако действия человека могут и не дать желательных результатов, тогда состояние дезадаптации постепенно перейдет в *устойчивую форму*.

По своей природе дезадаптация может быть обусловлена как индивидуальными особенностями человека, так и социальными условиями, природными явлениями.

Деадаптация — это психическое состояние, возникающее из-за несоответствия психосоциального или психофизиологического статуса человека требованиям изменившейся, возможно, критической социальной ситуации. В зависимости от природы и характера деадаптации выделяют патогенную, психосоциальную и социальную деадаптацию, которые могут встречаться как отдельно, так и в сложном сочетании.

Патогенная деадаптация вызвана отклонениями в психическом развитии и его патологиями, а также нервно-психическими заболеваниями, в основе которых лежат функционально-органические поражения центральной нервной системы. Патогенная деадаптация по степени и глубине своего проявления может носить устойчивый, хронический характер (психозы, психопатии, органические поражения головного мозга, отставание в умственном развитии, дефекты анализаторов и т.д.). Проявляется она чаще всего в форме психогенной деадаптации (фобии, тики, навязчивые дурные привычки, энурез и т.д.), причины которой кроются в неблагоприятной социальной или семейной ситуации.

Среди форм патогенной деадаптации выделяются проблемы социальной адаптации умственно отсталых людей. У олигофренов отсутствует фатальная предрасположенность к преступлениям. При адекватных их психическому развитию методах социализации они в состоянии осваивать определенные социальные программы, получать некоторые профессии, трудиться в меру своих возможностей и быть полезными членами общества. Вместе с тем умственная неполноценность этих людей, безусловно, затрудняет их социальную адаптацию и требует специальных социально-психологических условий и коррекционно-развивающих программ.

Психосоциальная деадаптация связана с половозрастными и индивидуально-психологическими особенностями, которые проявляются в определенной нестандартности поведения человека в ситуациях социального взаимодействия, требуют индивидуального подхода в работе с ними, а в отдельных случаях — специальных коррекционных психологических программ (например, психосоциальная деадаптация вследствие насилия, психической травмы, тяжелого стресса и т.д.). По своей природе и характеру формы психосоциальной деадаптации делятся на устойчивые и временные, неустойчивые.

Устойчивые формы психосоциальной деадаптации могут возникнуть за счет таких индивидуально-психологических особенностей, как акцентуация характера, снижение порога эмпатийности, индифферентность интересов, низкая познавательная активность, неадекватная самооценка, нарушение эмоционально-волевой и эмоционально-коммуникативной сферы: импульсивность, расторможенность, безволие, податливость чужому влиянию, аддиктивность. К временным неустойчивым формам психосоциальной деадаптации можно отнести, прежде всего, психофизиологические особенности кризисных периодов развития, неравномерное психическое развитие, состояния, вызванные

психотравмирующими обстоятельствами: утратой значимых отношений, трудоспособности или здоровья, влюбленностью, разводом, потерей близких и т.д.

Социальная дезадаптация проявляется в нарушении норм морали и права, в асоциальных формах поведения и деформации системы внутренней регуляции, референтных и ценностных ориентации, социальных установок. Например, молодой человек, прошедший военную службу в одной из «горячих точек», привык жить по законам военного времени. Демобилизовавшись из армии, испытывает серьезные трудности в адаптации к условиям мирного существования. Он хорошо усвоил роль воина, защитника, но ему незнакомы социальные роли труженика, семьянина, ему трудно найти свое место в системе межличностных отношений, в обществе, отстаивать свою точку зрения без давления и напора. В любом незнакомом человеке он видит потенциальную угрозу и врага. Он нуждается в изменении сознания: ему нужны «фронтовые сто грамм», и тогда все знакомо. Защищая честь и достоинство, он чаще всего бессознательно совершает противоправные поступки (при помощи кулаков и грубой силы) и как следствие несет за это административное, а иногда и уголовное наказание.

При социальной запущенности наряду с асоциальным поведением характерны резко деформированная система ценностно-нормативных представлений, ценностных ориентации, социальных установок, негативное отношение к труду, стремление к нетрудовым доходам и «красивой жизни» за счет сомнительных и незаконных средств к существованию, приобщение к бродяжничеству, наркомании, алкоголизму, правонарушениям. Референтные связи и ориентации этих людей глубоко отчуждены от всех лиц и социальных институтов с позитивной социальной направленностью. Социальная дезадаптация проявляется не только в разрыве социальных связей человека, формировании иных ценностных ориентаций, но и в нарушении важнейших видов деятельности: учебной, трудовой, социальной, бытовой.

Понятием «дезадаптация» обозначается и отклоняющееся поведение — результат неблагоприятного психосоциального развития и нарушений процесса социализации. Формы дезадаптации различны: аддиктивное поведение в результате приема химических веществ, в том числе алкоголя, табака, наркотических трав, лекарственных препаратов, делинквентное и суицидальное поведение, проституция и т.п.

2.1.2. Отклоняющееся поведение как объект психосоциальной работы

Поведение человека понимается как комплекс адаптивных реакций, направленных на изменение ситуации с целью удовлетворения потребностей личности. С одной стороны, параметры этой реакции задаются психическим аппаратом личности, ее потребностями в безопасности, любви, самореализации, поддержке, признании и множеством других потребностей, с другой — ограничениями и направлениями социальных стандартов, например,

ожиданиями значимых лиц. Как известно, в человеческом поведении сочетаются компоненты различного уровня — биологические, психологические, социальные.

Когда возрастает социальное давление в виде ужесточения требований, давление обязательств, регламентации жизни, когда потребности личности не удовлетворены, а цель не достигнута, возникает состояние напряжения всей биопсихосоциальной системы: психологическое напряжение с соответствующими физиологическими сдвигами в организме и изменениями поведения. Изменения поведения — это первая линия обороны личности в попытке или преодолеть препятствие, или избежать столкновения с ним. Взаимодействие со значимыми другими людьми уменьшает или увеличивает напряжение всей системы, способствует преодолению или избеганию конфликта, приводит к взаимному; удовлетворению.

Само по себе напряжение системы адаптации — не патологический процесс, пока поведение укладывается в общепринятые культурные рамки. Следствием этого напряжения могут быть ощущения нездоровья, реакции дискомфорта, но не болезнь. Недостаточная гибкость поведенческих способов преодоления жизненных трудностей (так называемых копинговых механизмов) приводит к следующим вариантам дезадаптации:

- фиксации более ранних способов поведения (задержке психосоциального развития);
- регрессу поведения (отступлением к более ранним стадиям психосоциального развития);
- обеднению разнообразных поведенческих ответов и постоянному использованию одних и тех же реакций, что с точки зрения социальных стандартов воспринимается как девиация (от лат. *deviatio* — отклонение) — негативное отклонение от норм поведения.

Девиация обусловлена способностью влиятельных групп общества навязывать другим слоям свои стандарты. Отклоняющимся (девиантным) поведением называют поведение, в котором устойчиво проявляются отклонения от социальных норм — отклонения как агрессивной или корыстной ориентации, так и социально-пассивного типа.

Поведение отклоняющееся — система поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе правовым или нравственным нормам. К основным видам отклоняющегося поведения относятся: 1) преступность и иные правонарушения, т.е. уголовно наказуемое поведение; 2) неуголовно наказуемое поведение, но нарушающее нормы права (административно наказуемое); 3) уголовно ненаказуемые (непротивоправное), аморальное поведение (систематическое пьянство, стяжательство, распущенность в сфере сексуальных отношений и др.). Связь между этими видами поведения состоит в том, что совершению правонарушений нередко предшествует ставшее привычным аморальное поведение.

К основным группам девиантного поведения относятся:

1. Поведение, вызванное отклонением от норм психического здоровья, т.е. наличием у человека явной или скрытой психопатологии. Лиц с определенной психопатологией также можно подразделить: а) на лиц с явными признаками патологических отклонений: астеники, шизоиды, эпилептоиды и т.п. (люди “вне себя”); б) на лиц, которые не страдают психическими расстройствами, но имеют чрезмерную выраженность акцентуаций характера. В свою очередь, психические расстройства проявляются в двух формах: а) акцентуированные по характерологическим чертам, т.е. отдельные черты характера отрицательно влияют на процесс социального взаимодействия человека; б) психопатии, т.е. явное или скрытое отклонение от нормы психических качеств человека, что проявляется в поступках, поведении, вербальном или невербальном общении.

2. Антисоциальное поведение, нарушающее какие-то социальные, культурные и особенно правовые нормы. Такое поведение, отклоняющееся от морально-нравственных норм совместного общежития людей, проявляется в различных формах социальной патологии - бытовом пьянстве и алкоголизме, наркомании и токсикомании, проституции и бродяжничестве и т.п. Когда такие поступки незначительны, их называют правонарушениями, а серьезные, преступления, наказываются в уголовном порядке.

Соответственно говорят о делинквентном (противоправном) и криминальном (преступном) поведении. Если девиант совершает преступление, то его деяние квалифицируется по нормам уголовного законодательства. Преступность как вид девиантного поведения изучается рядом наук: юриспруденцией, социологией, психологией, психиатрией и др.

Выделяют следующие социальные отклонения в девиантном поведении:

- отклонения корыстной ориентации - правонарушения, проступки, связанные со стремлением получить материальную выгоду (хищения, кражи, спекуляция, протекция, мошенничество и др.);

- отклонения агрессивной ориентации - действия, направленные против личности (оскорбление, хулиганство, побои, убийства, изнасилования);

- отклонения социально-пассивного типа - стремление уйти от активного образа жизни, уклониться от гражданских обязанностей, нежелание решать личные и социальные проблемы (уклонение от работы, учебы, бродяжничество, алкоголизм, наркомания, токсикомания, суицид).

Степень такого отклонения определяется соответствием или несоответствием поступков социальным ожиданиям. Основная характеристика девиации - негибкость и повторяемость поведения вне зависимости от социального контекста. Поэтому близкие и родственники, характеризуя таких людей, часто употребляют следующие фразы: «Он постоянно опаздывает, ссорится, прогуливает, молчит» или «Она все время обижается, раздражена, сидит одна, попадает в дурные компании».

Границы между поведенческой нормой и патологией размыты и подвижны, особенно в детском возрасте. Ребенок находится в процессе постоянного роста и развития, которое редко бывает гладким. «Неожиданное» поведение и даже отдельные антиобщественные (социально неодобряемые)

поступки детей наблюдаются слишком часто, чтобы помещаться в ранг патологии. Условно, в зависимости от комплекса последствий отклоняющегося от общепринятых стандартов поведения для человека (ребенка, подростка, взрослого), выделяют следующие варианты девиантного поведения:

Деструктивные варианты поведения резко противоречат социальным нормам и явно вовлекают в негативные последствия весь биопсихосоциальный комплекс, т. е. нарушают целостность здоровья, личности, социальной сети и биологического функционирования индивида. К таким вариантам относят аддиктивное, антисоциальное и суицидное поведение.

Недеструктивные варианты поведения не находятся в резком противоречии с социальными нормами и не имеют разрушительных биологических последствий, но изменяют целостность личности, задерживают ее развитие, делают его крайне односторонним, осложняют межличностные отношения (конформистское, нарциссическое, фанатическое и аутистическое поведение).

Специфической областью психосоциальной работы являются личностные расстройства, связанные с процессом социального взаимодействия. Речь идет, прежде всего, о социальных, социально-психологических и индивидуально-психологических факторах девиантного поведения.

В отечественных исследованиях девиантное поведение объясняется несовпадением требований норм с требованиями жизни, с одной стороны, и несоответствием требований жизни интересам данной личности, с другой. Основным здесь выступает противоречие между стабильностью и мобильностью общества как системы. Следовательно, причины девиантного поведения людей, страдающих алкоголизмом, наркоманией, проституцией и другими формами социальной патологии, можно структурировать следующим образом:

1) социальная незащищенность и социальное неравенство отдельных групп населения, стратификация общества по уровню материального благосостояния и возможности получения общественного признания, приемлемых способов заработка;

2) низкий уровень морально-нравственных устоев общественного устройства, коррупция и ложь официальных властей, бездуховность и насаждение эгоизма в системе межличностных отношений, культ вещей и отчуждение реального человека от управления общественными процессами;

3) враждебность окружающей среды к простому человеку в удовлетворении его элементарных потребностей в жизни и профессиональной деятельности, резком росте насилия и правонарушений на всех уровнях управления, неблагополучном развитии внутрисемейных отношений на фоне резкого снижения материального благосостояния людей.

Приведенные варианты девиантного поведения имеют разные проявления и последствия. Медицинские последствия:

- развитие алкоголизма, наркомании, СПИДа, гепатита, летальный исход от передозировки наркотиков вследствие аддиктивного поведения;
- травмы и ранения, полученные при насильственных коммуникациях с агрессивными людьми;
- летальный исход или тяжелая органическая патология вследствие суицидальной попытки;
- развитие невроза или психосоматического заболевания вследствие конформистского поведения, побуждающего человека подавлять естественные проявления эмоций.

Социальные последствия:

- разрыв и утрата социальных связей, приобретение маргинального социального статуса и социальной роли отщепенца вследствие аддиктивного поведения;
- втягивание в криминальное окружение, совершение правонарушений и преступлений (воровство, бродяжничество, вымогательство, хулиганство, поджоги, нанесение телесных повреждений) при асоциальном поведении;
- утрата возможности получить образование, профессию, создать семью при аддиктивном и асоциальном поведении;
- конфликты с близкими, родственниками, друзьями при агрессивном, нарциссическом, аддиктивном и фанатическом поведении;
- несамостоятельность, зависимость и социальная беспомощность при конформистском и фанатическом поведении;
- одиночество, исключение из социальной группы при нарциссическом и аутистическом поведении, отвержение конформистов группой сверстников как «неинтересных», «скучных»;
- социальная стигматизация в виде навешивания ярлыков необучаемости, слабоумия, психического заболевания, «не от мира сего», «потерянный человек» практически при всех формах девиаций.

Люди с преимущественно медицинскими последствиями аддиктивного и суицидного поведения традиционно передаются обществом медицинским специалистам, что не способствует развитию профилактики этих состояний. Медики в таких случаях лечат лишь последствия потребления наркотиков и суицидальных попыток. Таким образом, антисоциальное поведение вследствие акцента на социальных последствиях оказывается почти исключено из поля зрения системы правоохранительных органов и пенитенциарных учреждений, что препятствует развитию превентивных подходов.

2.1.3. Суицидальное поведение как объект психосоциальной работы

Самоубийство, суицид - это сознательное, умышленное лишение себя жизни или попытка к самоубийству. Не признается самоубийством лишение себя жизни лицом, не осознающим смысл своих действий или их последствий (невменяемые, дети в возрасте до пяти лет). В этом случае фиксируется смерть от несчастного случая.

Уровень самоубийств как следствие социального неблагополучия служит одним из важнейших индикаторов социального, экономического, политического состояния общества. В 1994 г. Россия занимала одно из первых мест в мире по этому показателю. Крах каждой человеческой жизни трагичен. В 1994 г. добровольно ушли из жизни, по официальным данным, около 62 тыс. наших сограждан, в 1995 г. - свыше 60 тыс. человек и в 1996 г. - около 60 тыс. человек. Начиная с 1991 г., статистическая кривая самоубийств неизменно ползет вверх. По данным Федерального научно-исследовательского Центра суицидологии, уровень самоубийств в стране перешагнул цифру 50 на каждые 100 тыс. человек.

Под самоубийством понимаются два разнопорядковых явления: во-первых, индивидуальный поведенческий акт, лишение себя жизни конкретным человеком; во-вторых, относительно массовое, статистически устойчивое социальное явление, когда некоторое количество людей добровольно уходят из жизни. В некоторых языках, включая английский, немецкий, русский, отсутствует дифференциация этих двух различных понятий. Поэтому лишь из контекста бывает ясно, идет ли речь о поступке человека или же о социальном феномене.

Суицидальное поведение включает в себя завершённое самоубийство, суицидальные попытки (покушения) и намерения (идеи). Эти формы обычно рассматриваются как стадии или же проявления одного феномена. Однако некоторые авторы относят завершённый и незавершённый суицид к различным, относительно самостоятельным явлениям, исходя, в частности, из того, что в ряде случаев покушения носят шантажный характер при отсутствии умысла на реальный уход из жизни.

Суицидальное поведение - это саморазрушительное поведение, к которому, кроме того, можно отнести и такие формы девиантного поведения, как злоупотребление алкоголем и наркотиками, упорное нежелание лечиться, управление транспортом в нетрезвом состоянии, самоистязание, сознательное участие в драках и войнах. Естественно, возникает вопрос о причинах возникновения данного феномена, особенностях и тенденциях его развития и психолого-социальной работе по профилактике этого зла. В настоящее время сложилось несколько подходов к пониманию суицидального поведения:

а) анатомо-антропологический: предполагает структурно-морфологические и психофизиологические причины и делает акцент на неблагоприятной наследственности;

б) социологический: представители которого считают, что причины коренятся в социально-экономических факторах, а также способностях индивида воспринять нравственно-правовые нормы: при совершении самоубийства личностью вина полностью ложится на общество;

в) психопатологический: отдается предпочтение психической патологии суицидента;

г) психоаналитический: основное внимание, в котором концентрируется на механизмах психологической защиты.

Момент совершения самоубийства характеризуется исключительной эмоциональной напряженностью для суицидента. В этом периоде у него отмечается фиксация внимания на непреодолимых трудностях в жизни и деятельности, на мыслях об отсутствии потенциальных возможностей решения возникших проблем. Наиболее легким вариантом избавления от навалившихся трудностей суициденту кажется самоубийство.

В отечественной науке суицидальное поведение объясняется в более гибких формах, как следствие дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта.

Анализ научных и литературных источников позволяет структурировать причины суицидального поведения в три группы: психическая деформация субъекта; суицидоопасная ситуация; социально-экономическая и нравственная организация общества.

Психическая деформация субъекта чаще всего связывается с представлением о психологическом кризисе личности суицидента, под которым понимается острое эмоциональное состояние, вызванное каким-то событием. К таким состояниям относят, прежде всего, психозы и депрессии. Психологический кризис может возникать двумя путями: внезапно или накапливаться постепенно.

Суицидоопасная ситуация представляет собой сочетание таких факторов среды, когда человек, с одной стороны, понимает их высоко значимость для себя, а с другой стороны - занижает свои потенциальные возможности в преодолении трудностей ситуации. Суицидальное действие в этом случае считается единственно возможным.

Социально-экономическая и нравственная обстановка в обществе, действуя опосредованно, через соответствующие социальные группы, может способствовать или препятствовать развитию психологического кризиса личности, а также усиливать или ослаблять действие факторов суицидоопасной ситуации.

Суицид во многих случаях трактуется как деструктивное средство разрешения кризиса в конфликтной ситуации. К таким конфликтам относятся:

1. Конфликты ценностно-мировоззренческого и микросоциального характера: потеря социальных ориентиров и идеалов социального взаимодействия; неудачи выполнения значимой задачи; межличностные конфликты.

2. Личностно-семейные конфликты: неразделенная любовь, развод, смерть близких и родных.

3. Факты антисоциального поведения: страх уголовной ответственности и общественное мнение.

4. Состояние здоровья.

5. Конфликты материально-бытовой сферы.

Среди молодежи распространены следующие причины: потеря любимого человека из ближайшего окружения или высокомерно отвергнутое чувство любви; уязвленное чувство собственного достоинства; крайнее переутомление; разрушение защитных механизмов личности в результате

алкогольного опьянения, употребления психотропных средств; токсикомания и наркомания; отождествление себя с авторитетным человеком, совершившим самоубийство; состояние фрустрации или аффекта в форме острой агрессии, страха.

Для психологического обеспечения социальной работы по предупреждению суицидального поведения особый интерес представляет так называемый пресуицид.

Пресуицид характеризуется особым психическим состоянием, которое обуславливает повышенную вероятность суицидального действия. В пресуициде выделяется две фазы: predisпозиционная и суицидальная. Predisпозиционная фаза представляет собой период времени, когда внутреннее поведение суицидента отличается повышенной психологической напряженностью и преобладанием пассивных суицидальных мыслей. Суицидальная фаза преимущественно связана с появлением суицидальных замыслов и намерений и длится вплоть до покушения на свою жизнь.

Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но без активной проработки планов действий, связанных с исполнением самоубийства. Суицидальные замыслы – это активная форма проявления суицидальности, т.е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана ее реализации. Человеком предусматривается способ суицида, время и место его совершения. Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу к внешнему проявлению.

Внутреннее суицидальное поведение сопровождается также соответствующим эмоциональным фоном – суицидальными переживаниями. Структура суицидальных переживаний основывается на отношении к двум полярно противоположным ценностям: к собственной жизни и к смерти.

Отношение к жизни выражается в четырех основных формах: 1) в ощущении безразличия; 2) в чувстве сожаления о своем существовании; 3) в переживании его тягостности, невыносимости; 4) в отвращении к жизни. Отношение к смерти выступает в следующих четырех формах: 1) страх смерти, хотя и сниженный в своей интенсивности; 2) ощущение безразличия; 3) чувство внутреннего согласия на смерть; 4) желание смерти.

В структуре суицидальных переживаний выделенные формы встречаются в различных сочетаниях, создавая множество индивидуальных вариантов. Однако для диагностики суицидального переживания, как такового, психологу необходимо установить наличие в один момент времени любой пары элементов из двух перечисленных рядов. Внешнее суицидальное поведение проявляется в форме суицидальных высказываний или же практических суицидальных действий различных типов. Такие действия, связанные с использованием тех или иных средств и способов, отражают психологию суицидента, приводя к завершённому суициду или оставаясь его попыткой.

Суицидальная фаза заканчивается суицидальным актом - самоубийством или покушением на него. Суицидальный акт отличается значительными гипертрофированными аффективными переживаниями и резким сужением рациональной области психики. При этом следует учитывать типологию суицидального поведения, которая представлена следующим образом:

- истинный суицид - осознанное действие, целью которого является совершение акта самоубийства;

- аффективный суицид - занимает промежуточное положение между истинным и демонстративно-шантажным суицидом и обусловлен необычно сильным аффектом в результате острого психотравмирующего события;

- демонстративно-шантажное суицидальное поведение - сознательная манипуляция жизненноопасными действиями; может быть двух видов: рациональное и аффективное. Имеет целью запугать окружающих и «выторговать» все необходимое суициденту. К сожалению, в 2/3 случаев демонстративно-шантажные суициды заканчивались гибелью людей.

2.1.4. Проституция как объект психосоциальной работы

Термин «проституция» происходит от латинского слова *prostitutio*, что означает осквернение, обесчещенное. Причины существования проституции структурируются на социально-экономические, морально-этические и психофизиологические. Психофизиологические причины проституции связаны со специфическими особенностями в основном женщин, которые обладают сильным «либидо», т.е. «сверхнормативной» потребностью к удовлетворению своих сексуальных потребностей или реализуют психологическую привлекательность смены сексуального партнера. Кроме того, следует учитывать и тот факт, что проституция сопровождается определенным криминальным фоном и существованием соответствующих рэкетиров, сутенеров, держателей «малин», а также своими внутренними неписаными «законами» взаимоотношений.

По самым скромным подсчетам МВД, только в Москве действует от 13 до 20 тыс. проституток. Причем, примерно треть из их общего количества составляют «малолетние» проститутки, т.е. не достигшие совершеннолетия. Не менее «представительную» группу составляют проститутки, которые осуществляют поиск клиентов вдоль дорог и автотрасс, т.н. «подорожники». Более престижное место в этой своеобразной иерархии статусов по доходам занимают бывшие валютные проститутки, которые обретаются в барах, ресторанах, гостиницах и т.п. Наивысшую ступень занимает каста высокооплачиваемых жриц любви, которая «работает», как правило, в крупных и престижных казино, дорогих ресторанах, барах и отелях.

Специфическую группу проституток представляют так называемые «зоновые проститутки». Зоновая проститутка за определенную плату может быть использована для демонстрации сексуальных действий в преступной среде, в местах отбывания наказаний осужденными.

В проституции как асоциальном процессе выделяются следующие существенные признаки:

- а) род занятий - удовлетворение сексуальных потребностей клиентов;
- б) характер занятий - систематический промысел в форме половых связей с разными лицами, без чувственного влечения и направленный на удовлетворение половой страсти клиента в любой форме;
- в) мотив занятия - заранее согласованное вознаграждение в виде денег или материальных ценностей, которые являются основным или дополнительным источником существования проститутки.

Общая характеристика влияния проституции на общественные процессы может быть представлена следующим образом. Она является социальной болезнью общества и одной из форм девиантного поведения; носит общественно опасную направленность, так как способствует развитию криминального поведения; представляет собой способ уклонения от социально одобренных и разрешенных форм общественно-полезного труда; способствует распространению венерических заболеваний и СПИДа, тем самым влияет на воспроизводство полноценного здорового потомства; существенно снижает нравственные устои общества.

Существенным компонентом психологического обеспечения социальной работы по профилактике проституции является знание способов и путей затягивания женщин в эту криминальную среду. Одним из наиболее распространенных способов заманивания в проституцию является социальная установка на легкий прием получения сверхприбылей и материальной выгоды. Данная социальная установка умело поддерживается криминальными структурами через «доверенных» лиц путем использования психологических механизмов: убеждения, заражения и подражания, а также обещаний благополучной жизни.

Не менее коварным способом привлечения «новобранцев» в среду проституции является вербовка девочек через специальных «посредников» путем обмана приезжающих на отдых или экскурсии в большой город. Технология вербовки в сущности простая: вхождение в доверие; оказание помощи в ориентировке по городу, обеспечение ночевки и питания в незнакомом городе; «кредитование» их жизненных потребностей на первое время пребывания в городе; последующее требование отработки долгов с угрозами, посулами и уговорами; знакомство с соответствующей группой проституток и снижение психологической напряженности и фобий; первый половой акт и т.д.

По данным прессы, более 50% всех взрослых проституток в Москве являются приезжими, иногородними (в основном с Украины, из Белоруссии и Казахстана). Самым извращенным способом пополнения рядов проституток является тот, при котором сутенерам предлагается «товар» самими родителями (как правило, это маргинальные группы, матери-алкоголики и семьи, которые потеряли кров и ведут беспорядочный образ жизни), или преступными элементами воспитательной среды в системе различных детских интернатов и спецшкол.

Наряду с проститутками, не менее экзотический способ заработка используют так называемые «проституты», т.е. юноши и мужчины, которые за определенную плату готовы удовлетворить сексуальные потребности обеспеченной женщины. В среде «проститутков» действуют определенные «нормы и правила» поведения. Например, ограничено количество «свиданий» с клиентками для поддержания имиджа уважаемого господина и др.

2.1.5. Девиантное поведение на почве сексуальных расстройств как объект психосоциальной работы

Психологическое обеспечение социальной работы предполагает четкие представления специалистов о различных патологических и иных отклонениях в сексуальной ориентации человека. Наиболее распространенными формами сексуального отклонения являются: гипермаскулинное поведение, половой фетишизм, юношеский нарциссизм, эксгибиционизм, гомосексуализм, инцест, мазохистское поведение мужчины, садизм и т.д.

Фетишизм половой – проявляется в сексуальном влечении к отдельным предметам или частям тела, которые символизируют полового партнера. Чаще наблюдается у юношей. В качестве такого талисмана может выступать: женское белье, груди, красивые ноги и т.д. Вид предметов и частей тела усиливает яркость сексуальных переживаний и вызывает половое возбуждение.

В обобщающем понятии фетишизмом называется культ неодушевленных предметов у первобытных племен. Фетиш - обожествляемая вещь. Фетишизм в сексуальной сфере имеет свои градации и ступени – от безобидного и естественного любовного фетишизма до маниакального отклонения из области психической патологии, когда влечение направляется на цели, не имеющие никакого отношения к сексуальным (нога, волосы), или на неодушевленный объект, имеющий вполне определенное отношение к сексуальному лицу или его сексуальности (части платья, белье). Этот заместитель приравнивается к фетишу, в котором дикарь воплощает своего бога.

В некоторых случаях требуется присутствие фетишистского условия в сексуальном объекте (определенный цвет волос, платья, даже телесные недостатки). Связь с нормой осуществляется посредством психологически необходимой переоценки сексуального объекта, которая неизбежно переносится на все ассоциативно с ним связанное. Степень такого фетишизма свойственна нормальной любви, особенно в тех ее стадиях, когда нормальная сексуальная цель кажется недостижимой или невозможной. Разновидностью полового фетишизма является переодевание в одежды противоположного пола, что ведет к усилению либидо. Анализируя фетишизм, все исследователи сходятся на том, что это извращение - не врожденное, а возникшее случайно, под влиянием какого-либо события, которое раз и навсегда связало сопутствующие ему ощущения с половым влечением.

Гипермаскулинное поведение – проявляется в утрированной мужественности, нарочитой грубости, циничности, которая сопровождается

агрессивностью и жестокостью. Главная черта - пренебрежительное, хамское отношение к женщине, садистские наклонности в контактах с половыми партнерами.

Юношеский нарциссизм – любование собой, половое влечение к собственному телу. Человек подолгу рассматривает себя в зеркале, лаская свое тело, давая волю сексуальным фантазиям. Часто подобное вызывает онанизм.

Нарциссизм может сочетаться с желанием выставить свое обнаженное тело на показ, это проявляется в нудизме. Они просят сверстников сфотографировать себя в костюме Адама, потом подолгу любуются своими прелестями.

Эксгибиционизм – влечение к обнажению своего тела, особенно полового органа, но перед лицами противоположного пола. Особое удовольствие получают от тайного созерцания натурального полового акта.

Гомосексуализм – сексуальное влечение к лицам своего же пола. Различают гомосексуализм в виде педерастии и лесбиянства. Таких лиц называют противоположно-сексуальными или инвертированными, а сам факт – инверсией. Такие наклонности могут формироваться и у подростков, и у взрослых людей, которые в силу жизненных обстоятельств лишены возможности удовлетворять половые потребности с лицами противоположного пола. Фрейд одним из первых заявил, что инвертированные в подавляющем большинстве своем не являются психически больными людьми, что инверсия встречается часто у выдающихся в плане интеллектуального развития и этнической культуры людей.

Половой объект инвертированных противоположен объекту нормальных. Инвертированный мужчина не может устоять перед очарованием, исходящим от мужских свойств тела и души, он сам себя чувствует женщиной и ищет мужчину. Сексуальным объектом для них является не тот же пол, а соединение обоих половых признаков, компромисс между душевным стремлением к мужчине и женщине при сохранении условия мужественности тела (гениталий), так сказать, отражение собственной бисексуальной породы. Инвертированные проделали в детстве фазу очень интенсивной, но кратковременной фиксации на женщине (большей частью на матери), по преодолении которой они отождествляют себя с матерью и избирают себя самих в сексуальные объекты, т.е. исходя из нарциссизма, ищут мужчин в юношеском возрасте, похожих на них самих, которых хотят любить так, как любила их мать.

Особенно часто в гомосексуальные контакты вступают во время отбывания наказания в местах лишения свободы, в период увлечения наркотиками. Как правило, у подростков гомосексуализм носит заместительный характер, а у взрослых может приобретать черты стойкой половой ориентации. Социально-психологическая составляющая гомосексуального поведения имеет весьма негативный оттенок в связи с образованием в обществе сексуальных меньшинств, которые стали довольно распространенным социальным явлением, и превращает их в маргиналов.

Мазохизм - этот термин, как и садизм, происходит от фамилии писателя. Речь идет об известном австрийском писателе Леопольде Захер-Мазохе (1836-1895), который впервые с особой яркостью подчеркнул один из самых нестандартных мотивов человеческого поведения. В поведении мужчины проявляется в покорном подчинении скипетру женщины в условиях интимного уединения. Суть мазохизма - в сладострастном подчинении насилию. Этот термин, как отмечал Фрейд, “обнимает все пассивные установки к сексуальной жизни и к сексуальному объекту, крайним выражением которых является неразрывность удовлетворения с испытанием физической и душевной боли со стороны сексуального объекта”.

Мазохизм, с одной стороны, прямо противоположен садизму, с другой же - является его продолжением, только обращенным на собственную персону. Он, как и многие другие извращения, имеет двойственную основу - физическую и духовную. Физическая кроется в одурманивающем ощущении вожделения, которое бывает настолько сильным, что способно притупить даже такой мощный инстинкт, как инстинкт самосохранения, а у натур слабых, нездоровых эти сопутствующие сексу явления могут зафиксироваться как некая неотъемлемая его принадлежность, не только дополняющая, но и способная подменить его собой. Корни духовной стороны кроются в настойчивом желании обладать именно данным сексуальным объектом, а не в сексуальной потребности вообще, в сексуальной привязанности и ее часто встречающегося следствия - сексуальной зависимости, напоминающую наркотическую зависимость, способную привести к “половому рабству”.

Садизм – стремление к издевательствам над живыми существами: животными и людьми, вплоть до их уничтожения, причем уничтожение ради уничтожения, избиение ради избиения; это унижение сексуального объекта, причинение ему нравственных и физических страданий; термин происходит от фамилии писателя Донасье де Сада. Подчеркивая изначально агрессивный характер мужской сексуальности, Фрейд замечает, что садизм является его самостоятельным и гипертрофированным проявлением, результатом узурпации главной роли тем компонентом секса, который призван быть лишь второстепенным и не имеющим даже намека на какую-либо самооценку. Если подчинение сексуального объекта, по мнению Фрейда, можно считать более или менее естественным проявлением, то терзание его имеет все основания быть названным перверзией (отклонением).

Причина этого явления кроется в связи между сладострастием и жестокостью. Любовь и гнев - не только два самых сильных аффекта, но вместе с тем и две единственно возможные формы стенического аффекта. Оба ищут своего объекта, желают овладеть им и разрядиться в форме телесного воздействия на него, оба приводят психомоторную сферу в состояние сильнейшего возбуждения, при посредстве которого и происходит их нормальное внешнее проявление. Экзальтация полового аффекта обуславливает иногда влечение разрядить общее возбуждение в форме нелепых враждебных актов.

2.2. Аддиктивность как объект психосоциальной работы

Аддиктивное поведение — одна из форм деструктивного поведения, стремление уйти от реальности путем изменения своего психического состояния приемом некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), сопровождающихся развитием интенсивных эмоций.

Прибегая к формам аддиктивного поведения, люди пытаются искусственным путем изменить свое психическое состояние, что дает им иллюзию безопасности, восстановления равновесия. Выбор аддиктивной стратегии поведения обусловлен трудностями в адаптации к проблемным жизненным ситуациям: сложным социально-экономическим условиям, многочисленным разочарованиям, крушению идеалов, конфликтам в семье и на производстве, утрате близких, резкой смене привычных стереотипов.

Разрушительный характер аддикции проявляется в том, что в этом процессе устанавливаются эмоциональные отношения, связи не с другими людьми, а с неодушевленными предметами или явлениями (особенно при химических зависимостях, азартных играх, бродяжничестве и т. п.). Эмоциональные отношения с людьми теряют свою значимость, становятся поверхностными. Способы аддиктивной реализации из средства постепенно превращаются в цель. По мнению Ц.П.Короленко, отвлечение от сомнений и переживаний в трудных ситуациях периодически необходимо всем, но в случае аддиктивного поведения оно становится стилем жизни, когда человек оказывается в ловушке из-за постоянного ухода от реальной действительности.

2.2.1. Наркомания и токсикомания как объекты психосоциальной работы

Наркотики – это вещества, которые оказывают специфическое воздействие на ЦНС. Ряд наркотических веществ являются лекарственными препаратами и в определенное время при целом ряде заболеваний они могут назначаться врачом для лечения больных. Прием данных веществ возможен строго по назначению врача и только в установленных лечебных дозировках.

Потребление таких веществ в немедицинских целях ведет к возникновению физической и психической зависимости людей от их потребления. Следствием такой зависимости является разрушение ЦНС, негативные процессы в функционировании внутренних органов и соответственно заболеваний и даже смерти. Наркомания является серьезной болезнью современного общества. Эту проблему породил сам человек, своими страстями и порочными увлечениями. Сам человек страдает от наркотиков и только он сам способен от этой болезни избавиться.

Данная социальная патология быстрыми темпами распространяется в нашей стране. За последнее десятилетие по данным различных источников ввоз наркотиков в Россию увеличился в 100 раз. Проблема наркомании обсуждается на различных уровнях государственной власти, средствах массовой информации, на бытовом уровне и в семьях. Особое место в предупреждении распространения этой заразы XX века отводится социальной

работе вообще и психологическому обеспечению социальных действий по нейтрализации этой социальной патологии в частности.

Наркомания - это заболевание, которое выражается в физической или психологической зависимости от наркотиков, непреодолимом влечении к ним, что постепенно приводит организм к физическому и психическому истощению. При этом состояние наркотического опьянения характеризуется чувством эйфории, легкостью тела, ясностью мысли, мир воспринимается в радужных тонах, теряется ощущение времени. В зависимости от принятого наркотического препарата наступает или возбуждение или торможение нервных регулятивных процессов. Торможение проявляется как расслабленность и полное безразличие ко всем жизненным проблемам субъекта.

Прием наркотиков (опиум, гашиш, кокаин) осуществляется различными способами (глотание, вдыхание, внутривенная инъекция) и сопровождается определенными вегетативными реакциями - учащенным сердцебиением, сухостью во рту; после окончания действия наркотика (абстинентный синдром или синдром отмены - наркотическое "похмелье", "ломка") - спад настроения, общая слабость, сонливость, резкая зевота, обильное потоотделение, нарушение функций носоглотки (насморк), зрачки расширяются, слабая реакция на свет, "гусиная кожа" и озноб, острые боли в желудке, пояснице и бедрах, головокружение, тошнота и рвота, тремор конечностей и даже судороги, нарушающие кровообращение и дыхание. Иногда наблюдается бред и различные зрительные и слуховые галлюцинации. Отсутствие наркотика вызывает нарастающую раздражительность, нервозность, трудности в сосредоточении внимания на определенном виде деятельности, утомляемость.

Однако не меньшей притягательной силой обладают психологические компоненты употребления наркотических средств. К таковым следует отнести: возможность иллюзорного раскрепощения и ухода от повседневных проблем современной нелегкой действительности; создание иллюзии реализации собственных потенциалов в ситуации отсутствия таковой в реальной действительности; желание быть замеченным и непохожим на своих товарищей в системе неформальных отношений; стремление самореализоваться и самоутвердиться в системе межличностных отношений и общения и др.

В наркотическом процессе, как в капле воды, специфическим образом отражаются проблемы социального, психологического и психофизиологического развития человека. Первое употребление наркотиков происходит, как правило, в подростковом возрасте. Часто это обусловлено элементарным любопытством, в компании, а также по причине доказать свою взрослость или быть "как все". Для психологического обеспечения нейтрализации наркомании важно иметь хотя бы самые общие представления о классификации наркотических веществ и их отличительных признаках. К таковым относятся:

1. Препараты каннабиса (конопли) - гашиш, анаша, марихуана (представляют собой смолистое вязкое вещество или порошок темно-зеленого цвета со специфическим запахом) - вызывают сильные неустойчивые эмоции, способствуют заражению эмоциями от других наркоманов и сопровождаются расстройствами восприятия и мыслительной деятельности, нарушениями точных и тонких координаций движений.

2. Опиаты (морфин, кофеин, самодельные опиаты из мака, героин, ЛСД) - способствуют быстрому развитию наркотической зависимости; опиум в переводе с древнегреческого означает "сок мака" - это самый древний из известных наркотиков; морфин - выделен из опиума в начале XIX века - привыкание к нему развивается примерно через три недели ежедневного употребления; героин - полусинтетический наркотик и сильнее морфина в 20-25 раз, привыкание наступает через 2-3 укола; ЛСД - наиболее сильный синтетический наркотик, который вызывает галлюцинации (приятные и ужасные) на несколько часов.

3. Барбитураты - используются в качестве снотворного; наркотическая зависимость формируется сравнительно быстро, а при резком отказе от употребления может возникать эпилептический синдром и усиленно развивается слабоумие.

4. Транквилизаторы и психостимуляторы (кокаин - натуральный наркотик, эфедрон, кофеин), группа синтетических наркотиков - амфетамины (изобретены в 1920 г.) - приводят к быстрому нарушению основных психических функций, разрушению мозговых структур и формированию наркотической зависимости.

5. "Клубные" наркотики - пользующиеся популярностью в "тусовочной" среде молодежи: "экстазы-коктейли" - содержащие героин или кокаин.

Аналогичным образом действуют различные токсические вещества на так называемых токсикоманов. Токсикомания - это заболевание, вызванное приобретением и употреблением токсических веществ, т.е. таблеток транквилизаторов (больные называют их "колесами"), растворов, получаемых от крепкого чая - "чифиря", вдыхания ароматических веществ бытовой химии. В состоянии опьянения, кроме эйфории, возникают зрительные галлюцинации. Общая социально-психологическая характеристика наркомании может быть представлена следующим образом:

1) потеря социальных ориентиров молодежи в период сложных социально-экономических и политических изменений общества, нарастание неуверенности в будущем, игнорирование идеалов эффективной деятельности и профессионального роста и как следствие - подверженность влиянию негативной, криминальной среды и пустого времяпрепровождения;

2) резкий рост смертности, особенно среди молодежи, и проблемы развития потомства (дети в семьях наркоманов рождаются с серьезными физическими и психическими отклонениями, сами семьи быстро распадаются);

3) материальный и морально-нравственный урон экономике страны и традиционным устоям общества за счет снижения социальной,

производственной, профессиональной активности населения и в первую очередь молодежи, которая в этих условиях становится легкой добычей преступных элементов;

4) распространенность различных соматических и психических заболеваний среди наркоманов, а также весь спектр преступлений против личности, которые связаны с добыванием денег на приобретение наркотиков любой ценой; по мере развития наркотической зависимости люди деградируют как личности;

5) начальные этапы наркомании связаны с проблемами процесса социализации личности и в частности: влиянием отрицательно направленных микрогрупп в период взросления ребенка; снижением степени влияния внутрисемейных отношений на поведение подрастающего поколения; недостатками воспитательного процесса в школе и семье.

Среди молодых наркоманов выделяются три категории лиц: 1) те, кто могут, но не хотят покончить с употреблением наркотиков; 2) те, кто хотят, но сами не могут отказаться от дурмана; 3) те, кто не хотят и уже не могут освободиться от пагубного пристрастия. Психологические особенности наркозависимых:

Неустойчивое поведение приводит к тому, что они могут менять свои взгляды, мнения и отношение к окружающим очень быстро, поэтому они бывают непоследовательны.

Часто пытаются манипулировать людьми, зачастую, поступая неосознанно.

Хорошо развита интуиция.

С лёгкостью идут на обман. Когда обманывают, сами в это верят.

Достаточно коммуникабельны и изобретательны, если дело касается поиска денег на наркотики.

Отсутствие терпения приводит к тому, что им трудно спокойно сидеть, стоять на месте.

Желая получить помощь, могут симулировать, стараться вызывать жалость или проявлять агрессию.

Бывают очень развязны и навязчивы.

9. Тяжело поддерживают субординацию.

10. Большинство наркозависимых считают, что они хорошо знают, как можно избавиться от наркотиков, но, к сожалению, этого не делают.

2.2.2. Пьянство и алкоголизм как объекты психосоциальной работы

Пьянство и алкоголизм - наиболее распространенные негативные явления в России. Статистика говорит о том, что алкогольное производство в России увеличилось примерно в два раза за последние 10 - 15 лет. В отдельных случаях даже распространяется мнение, что основной причиной такого положения дел является “национальная черта”, т.е. склонность россиян к употреблению спиртного на генетическо-историческом уровне. Эта

“национальная особенность”, якобы имеет свои исторические корни в силу нашего территориального и климатогеографического расселения.

При этом следует различать понятие пьянства и алкоголизма. Пьянство - это неумеренное потребление алкоголя, которое наряду с угрозой здоровью личности нарушает ее социальную адаптацию. В сравнении с пьянством, алкоголизм характеризуется патологическим влечением к спиртному и последующей социально-нравственной деградацией личности.

В процессе психологического обеспечения социальной работы по профилактике пьянства и алкоголизма необходимо учитывать, прежде всего, тот факт, что алкогольная зависимость формируется не сразу, а постепенно и определяется сложными изменениями, которые происходят в организме пьющего человека. Следовательно, следует выделить уровень психофизиологического реагирования. Исследования показали, что при употреблении 0,75 г алкоголя на 1 кг веса тела человека наблюдается следующий процесс: первая фаза - резкий сдвиг функциональных состояний организма (10-я минута); вторая фаза - стабилизация (30-60-я минута); третья фаза - длительное и устойчивое нарушение умственной деятельности (90-120-я минута).

В целом «технологическая часть» алкогольного опьянения сводится к следующим состояниям: первичное возбуждение при употреблении алкоголя, определенный «подъем» психических состояний, затем состояние угнетения и, наконец, сон, сонливость. Начальные этапы и состояния сопровождаются нарушениями моторики и речевой расторможенностью. Во-вторых, важно учитывать уровень не только психофизиологического, но и психологического реагирования пьющего человека. К таковым следует отнести, прежде всего:

а) существование психологической проекции общепринятого представления о поведении пьяного человека: болтливость, наигранная веселость, флирт, бравада, нарушение координации движений и т.п.;

б) проекция психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов употребления спиртных напитков на психофизиологический фон опьянения, что проявляется: в психологической привлекательности алкоголя; расширении диапазона субъективных причин употребления алкоголя (например, для храбрости, с обиды или горя, поговорим по душам, расслабимся и т.д.); в снижении критичности к собственному социальному взаимодействию и поведению других;

в) иллюзорно-компенсаторная функция употребления алкоголя, т.е. подмена реальных социальных действий, состояний и поступков человека их суррогатами и субъективными переживаниями в период опьянения.

В-третьих, влечение к спиртному проявляется в своеобразии поведения людей, задействованных в процессе совместного распития алкоголя:

- специфическая обстановка совместной выпивки, своеобразный антураж этого процесса: приобретения спиртных напитков, выбор места, повышенной суетливости в подготовке к выпивке, эмоциональная приподнятость, «потирание рук» и т.п.;

- собственно ритуал употребления спиртного, а также своеобразный алкогольный театр, где “расписаны” все роли в процессе общения (например, очернительная, обеляющая, конструктивная и др.).

В-четвертых, на формирование алкоголизма влияет специфика собственно самой личностной сферы человека, и в частности:

1. Изменяется мотивационная сфера, в которой перестраивается мотивационная иерархия мотивов. Алкоголь становится мерилom успешности деятельности, т.е. помогает или нет данная профессиональная деятельность удовлетворению потребности в алкоголе. Следует отметить, что процесс перестройки иерархии мотивов достаточно длительный процесс и начинается он с реконструкции, прежде всего, социальных отношений в семье, затем трансформируется к социальному взаимодействию на работе и в конечном счете захватывает всю сферу жизнедеятельности личности. Перестройка системы мотивов сопровождается возрастанием психической зависимости от алкоголя и нарушением психологической структуры деятельности: дальнейшие мотивы и цели жизнедеятельности теряют свою привлекательность и значения, а на первое место в поведении выходят ближние мотивы приобретения и употребления алкоголя. На этой основе резко возрастает физическая зависимость от алкоголя, усиливаются процессы деградации личности. Человек постепенно теряет способность к длительной, перспективной деятельности, даже если она приносит достаточные материальные блага (например, не доводит начатое дело до конца, спешит закончить работу и т.п.).

2. Снижается интеллектуальный потенциал и эмоционально-волевая устойчивость личности:

а) большинство психологических познавательных процессов снижают свои показатели, прежде всего память и мышление;

б) человек значительно ослабляет контроль над своим поведением и отдельными поступками;

в) резко возрастает уровень беспокойства, депрессии, бессилия, усталости и утомления;

г) низкой выносливости сопутствует коммуникативная замкнутость и чувство изолированности от социума;

д) проявляются импульсивные или даже агрессивные реакции на конкретную, трудную социальную ситуацию взаимодействия.

В-пятых, следует учитывать и тот факт, что процесс формирования алкогольной зависимости имеет и некоторые общие социально значимые тенденции. К таким тенденциям следует отнести, с одной стороны, положение о том, что алкоголизм может сформироваться у людей с самым различным складом личности, а с другой стороны - больше всего алкоголизму подвержены акцентуированные личности. При этом важно понимание психологического содержания раннего алкоголизма у подростков и юношей, которое характеризуется:

- формированием специфического “алкогольного мышления” как средства раскрепощения и преодоления застенчивости и т.п.;

- лабильностью, возбудимостью, заражаемостью групповым настроением, что ускоряет формирование эмоциональных состояний опьянения;

- диапазон потребностных состояний значительно сужен и ограничивается, как правило, желанием весело провести время в компании;

- иллюзорно-компенсаторная функция употребления алкоголя не является столь актуальной;

- специфично нарушаются базовые уровни психического здоровья и в частности: симптомы алкогольной зависимости возникают значительно быстрее других возрастных групп; наблюдается лавинообразное нарастание симптомов при дальнейшем систематическом употреблении спиртных напитков; внешние признаки алкоголизма появляются до наступления болезни, так называемый феномен “клиники до болезни”;

- достаточно быстро наступает криминогенная психопатизация, ранними симптомами которой являются: аффективная возбудимость, злоба и агрессия или психическая неустойчивость, повышенная внушаемость; сексуальная расторможенность, а в случае физиологического поражения ЦНС, при остром алкогольном опьянении проявление сильной, необузданной агрессии.

В-шестых, следует учитывать и социально-психологические аспекты алкоголизма. Социально-психологические аспекты алкоголизма фокусируются в неформальных контактах, где наблюдается:

- отсутствие устойчивых и глубоких связей с нормальной социальной средой и увеличение доли фрагментарных, случайных связей с незнакомыми или малознакомыми людьми алкогольного образа жизни;

- усиление случайных социальных контактов, сопровождаемое образованием неформальных малых групп алкоголиков, которые отличаются: нестабильностью и непостоянством состава, а также определенной иерархизированностью системы межличностных отношений;

- неформальные группы алкоголиков отличаются определенной психологической привлекательностью для своих членов в силу того, что они получают здесь своеобразную психологическую поддержку и признание, а также компенсируют недостаток общения - как ценность межличностных отношений;

- воздействие на поведение в неформальных группах отличается тем, что в таких группах снимается неуверенность и страх, подавляется скованность и получается поддержка членов группы на возможные агрессивные действия или преступные деяния;

- преступления алкоголиков в таких группах отличаются примитивизмом, неспособностью к элементарному прогнозированию и подавленностью воли. Наиболее распространенными преступлениями алкоголиков являются: кражи небольших сумм денег, вещей, мелкое хулиганство, бродяжничество и попрошайничество.

2.3. Агрессия и агрессивность как объект психосоциальной работы

Социальные психологи до сих пор спорят по поводу терминологического определения агрессии, но во многом их мнения сходятся. Необходимо различать поведение самоуверенное, энергичное, направленное на достижение поставленной цели, и поведение, единственная цель которого — причинить боль, навредить или разрушить. Первое — напористость, второе — агрессия (от лат. *aggredi* — нападать).

До начала XIX в. агрессивным считалось любое поведение, как доброжелательное, так и враждебное. В 60 — 70-х гг. XX в. агрессию трактовали в основном в зависимости от ее последствий либо предшествующих ей условий и, в частности, намерения нанести ущерб.

Сегодня при определении поведения как агрессивного исходят из понятия нормы. Нормы формируют своеобразный механизм контроля за действиями. Когда нормы соблюдены, поведение не будет восприниматься как агрессивное, независимо от степени губительности его последствий. И наоборот, если нормы нарушены, поведение считается агрессивным. Таким образом, поведение называется агрессивным, если: 1) наступают губительные для жертвы последствия; 2) нарушены нормы поведения.

Губительность последствий заставляет наблюдателя обозначать действия как агрессивные и вызванные враждебными намерениями лишь в том случае, если эти действия восприняты им как норма-нарушающие, и это второе условие рассматривается как главное при определении поведения как агрессивного. Нормативные представления об агрессии имеют важное значение, и их обязательно надо учитывать при описании человеческого поведения; без уяснения свойственных данной культуре (сообществу, социальной группе, отдельной личности) нормативных канонов невозможно понимание особенностей ее (их) существования.

Агрессия происходит в том случае, если в результате действий возникают какие-либо негативные последствия. Таким образом, помимо оскорблений действием такие проявления, как выставление кого-либо в невыгодном свете, публичное осмеяние, лишение чего-то необходимого и даже отказ в любви и нежности, могут при определенных обстоятельствах быть названы агрессивными.

Агрессия есть совокупность определенных действий, причиняющих ущерб другому объекту. Агрессивность — свойство личности, ее особенность, выражающаяся в готовности к агрессивным действиям в отношении другого объекта (человека, животного, иногда опосредованного предмета). Агрессивность включает также социально-перцептивный компонент — готовность воспринимать и интерпретировать поведение другого человека как враждебное. В этом плане, очевидно, можно говорить о потенциально агрессивной интерпретации как об устойчивых особенностях мировосприятия и миропонимания некоторых людей.

Уровни агрессивности определяются в процессе, как социализации, так и ориентации на социально-культурные нормы, важнейшие из которых —

нормы социальной ответственности и нормы возмездия за акты агрессии. Агрессивность, проявляющаяся в поведении личности в виде непрерывной готовности агрессивно реагировать в ответ на определенные сигналы агрессии и в виде готовности воспринимать эти сигналы, может быть отнесена к характерным чертам личности.

Поведение агрессивное - специфическая форма действий человека, характеризующаяся демонстрацией превосходства в силе или применением силы по отношению к другому лицу или группе лиц, коим субъект стремится причинить ущерб.

2.4. Инвалидизированная личность как объект психосоциальной работы

2.4.1. Психологические особенности инвалидов

Инвалид, согласно законоположению - это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, психическими травмами и дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. В свою очередь, ограничение жизнедеятельности понимается как полная или частичная утрата лицами способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение и заниматься трудовой деятельностью.

Психология инвалида - это оценка им своего соматического страдания, отношения к нему и к его исходу, к семье, близким, общественно-трудовой деятельности, к окружающему миру, к среде и, как следствие, своеобразие личности инвалида, его мотивации, готовность к социально-психологической реабилитации, эмоционально-дезадаптивные реакции, волевые особенности и специфика познавательных процессов. Психология инвалида характеризуется: ощущениями физического порядка, представлениями о болезни; установлением определенных отношений к болезни и болезненным проявлениям, к факту наличия болезни, к тому, что его ждет, к тому, что могло бы ему помочь; у больного нарушается обычный ход взаимоотношений, возникают новые отношения с близкими, а также появляются новые связи с незнакомыми до болезни людьми.

Научно-технический прогресс и его влияние на медицину и, как следствие, возрастающие возможности медикаментозного, хирургического, физического и психотерапевтического лечения, настойчиво требуют дальнейшего глубокого и всестороннего исследования психологии инвалидов, формирования умений правильно оценить динамику его отношения к инвалидности, готовности к социально-психологической реабилитации и активной жизнедеятельности. Все это во многом зависит от реагирования целостного организма и своеобразия личности инвалида. Для этого требуется усиление психологического влияния на инвалида, повышения эффективности оказания ему всесторонней помощи.

Изучение личностных реакций инвалида на заболевание предполагает рассмотрение психологических аспектов его отношения не только к инвалидности, но и к своему здоровью. Можно сказать, что эти отношения составляют две стороны единого процесса жизневосприятия человека на ближайшую и дальнюю перспективу.

Проблемы подобного плана являются предметом психосоматики. Психосоматика - это направление психологии, исследующее влияние психических факторов на возникновение различных телесных заболеваний. Психологическая характеристика соматического здоровья во многом определяется:

- не столько фактом отсутствия болезненных ощущений, которые заданы определенными объективными показателями, а субъективными установками инвалида на возможности реализации собственной социальной активности, стремлением к достижению значимых жизненных успехов, а соответственно, возможностями формирования чувства благополучия и в конечном счете жизненного счастья;

- динамикой процесса формирования здоровых психологических параметров личности инвалида, его психологической жизнестойкостью, а также самооценкой физиологической и функциональной пригодности органов и систем;

- личностными, образовательными и возрастными особенностями, характером перенесенного заболевания, социальным статусом, ролью и доминирующим образом жизни до перенесенного заболевания или травмы, а также способностью к спортивно-физическому восстановлению или компенсации утраченных функций.

Таким образом, соматическое заболевание - это сложный процесс, в котором наряду с клиническими страданиями человека, фазами и типами течения болезни, наблюдаются соответствующие им психологические сдвиги.

С психологической точки зрения, сам процесс заболевания может быть разделен на определенные этапы, которые отражают динамику личностных реакций инвалида на свои страдания:

Сенсологический этап - отражает реакции больного на развившиеся явления дискомфорта, боли различной интенсивности и связанное с ними чувство социальной неполноценности. Дискомфорт - объективное ощущение дисгармонии, несогласованности физической и психической активности, снижения оптимальности личного благополучия и функционирования организма.

Дальнейшее развитие заболевания может сопровождаться перерастанием дискомфорта в болевые ощущения. Диапазон болевых ощущений весьма широк и расположен в континууме: от сравнительно слабых и легко переносимых, до страданий, с трудом переносимых, которые вызывают различные фобии и стрессовые состояния. Вместе с тем, следует учитывать и тот факт, что болевые ощущения зависят: от оценки существующих внешних условий, медицинского ухода и милосердия персонала, внимания родственников и знакомых, т.е. средовых факторов,

индивидуальных особенностей функционирования нервной системы человека и личностных особенностей (волевых, эмоциональных, мотивационных), а также собственно субъективного отношения человека к боли.

Так, например, ожидание и опасение боли, усталость и психологическая напряженность, бессонница способствуют повышению чувствительности к боли. У людей истощенных, слабого типа нервной системы даже незначительные болевые ощущения в данной ситуации могут сопровождаться снижением активности, заторможенностью, апатией и целым комплексом вегетативных проявлений. В то же время, реакции возбудимых личностей на боль отличаются бурным протеканием, эмоциональными всплесками, а иногда наблюдается обратный процесс некоторой заторможенности и невосприимчивости к болевым ощущениям. Кроме того, болевые ощущения сопровождаются не только эмоциональными проявлениями (страхами, жалобами и раздражительностью), но и способствуют формированию сильной мотивации на избавление от фрустрирующего фактора, что значительно изменяет поведение инвалида, его желания, стремления и требования к себе и окружающим.

Оценочный этап – результат интрапсихической переработки инвалидом сенсологических данных. Данный этап характеризуется сопоставлением собственных оценок симптоматики болезненных ощущений и сопутствующих им переживаний с оценками страданий и болезненных переживаний других инвалидов. Результатом таких сравнительных процедур является выработка у больных более полной картины представлений о личной трагедии и ходе собственной болезни. Следовательно, оценочный этап по своей содержательной и процессуальной части наиболее социально-психологически насыщен и во многом определяется влиянием ближайшей социальной среды окружения инвалида. Складывающиеся представления инвалида о себе и характере своего заболевания на этом этапе – это своеобразный сплав социального, социально-психологического и личностного компонентов.

В конечном счете, оценочный этап завершается формированием собственного индивидуально-психологического «диагноза» причин, хода и перспектив лечения заболевания, а также характера возможной социальной деятельности. Другими словами, психологическая картина соматического страдания преломляется в каждом конкретном случае через призму индивидуально-психологических особенностей личности, течения и исхода заболевания, социальных факторов среды. При этом инвалид в известной мере теряет индивидуальную свободу в своих оценочных суждениях, которые во многом зависят от самого хода и исхода болезни, характера общественных связей и контактов, свободы передвижения, что в экстремальных условиях сопровождается развитием дисгармоничных процессов и состояний, нарушением биосоциальной адаптации.

Этап формирования отношения инвалида к болезни - завершающий период становления соматоагнозии, который тесно связан с предыдущими этапами. На этом этапе психология инвалида характеризуется, с одной стороны, ощущениями физического порядка, представлениями о болезни, а с

другой стороны, установлением определенных отношений к болезни, а именно: к болезненным проявлениям; к факту наличия болезни; методам обследования и лечения; к тому, что ждет инвалида в будущем; к тому, кто и чем может ему помочь ситуационно; реабилитации и адаптации в другом статусе и роли. Перечисленные «отношения» формируются на фоне взаимодействия с близкими и родственниками, а также становления взаимоотношений с аналогичной социальной группой инвалидов.

Этап формирования отношения к болезни включает: период осознания болезни и своего положения (полное, частичное); период принятия своих «новых» физиологических и социолого-психологических характеристик и возможностей; период поиска личностного смысла и конструктивных путей выхода из создавшейся ситуации и определения доминирующей линии поведения.

Доминирующая линия поведения может быть структурирована следующими позициями инвалида: 1) пассивно-страдальческой (уход в болезнь); 2) спокойно-выжидательной, амбивалентной (неустойчивая); 3) активного противодействия болезни и негативной социальной ситуации. В свою очередь, поведенческая позиция инвалида может проявляться в:

- а) содружественных реакциях и доверии в ответ на медико-психологическую и социальную помощь;
- б) спокойных и адекватных реакциях на оказание любой помощи;
- в) защитных и патогенных реакциях в ожидании различных рецидивов заболевания и соответствующих сомнений в положительном исходе лечения;
- г) негативных реакциях, предубеждениях, подозрительности и тенденциозности в отношении оказания психологической и социальной помощи;
- д) панических реакциях и настроениях, которым сопутствует высокая внушаемость различным фобиям;
- ж) разрушительных реакциях с неадекватным поведением, недоверием и игнорированием психологической и социальной помощи.

Таким образом, раскрытие общих закономерностей психологической картины соматического заболевания углубляет и расширяет представления социального работника о состоянии инвалида и его отношении к заболеванию, что закладывается в систему психологического обеспечения социальной работы с инвалидами.

2.4.2. Личностные реакции инвалидов на соматические страдания

Личностные реакции на соматические страдания можно классифицировать следующим образом: нормосоматозогнозии; гиперсоматозогнозии; гипосоматозогнозии; диссоматозогнозии.

Нормосоматозогнозии - это такой тип личностного реагирования на соматическое страдание, при котором инвалиды правильно оценивают свое состояние и перспективу, их оценки совпадают с трактовкой врачей, отношение к болезни адекватное и больной позитивно относится к лечению - диагностическим и реабилитационным процедурам. Инвалиды этой группы

представлены двояким образом. Одни инвалиды в этом случае проявляют активность в борьбе с болезнью, стремясь найти наиболее оптимальный выход из сложившейся ситуации, преодолеть ее или приспособиться к ней. Инвалиды с нормосоматонозогнозией до болезни обычно сильные, уравновешенные и гармоничные личности. Другие инвалиды отличаются снижением активности, неспособностью преодолеть отрицательные переживания. Больной выступает в роли пассивно-созерцательного наблюдателя. При этом оценочные симптомы преобладают над сенсологическими.

Гиперсоматонозогнозии - это такой тип личностной реакции на соматическое страдание, при котором инвалиды склонны переоценивать значимость как отдельных симптомов, так и заболевания в целом, их последствий, что не соответствует объективной опасности заболевания. Такая гиперактуализация, аффективная окрашенность болезненных явлений приводит к концентрации внимания и усилий человека, направленных на выздоровление. Переоценка значимости заболевания может находить свое выражение в представлениях и витальной угрозе, опасности ограничения (утраты) возможности профессионально-трудовой и общественной деятельности, а также в гипертрофированной оценке этических, эстетических и интимных компонентов последствий болезни.

В одних случаях типичны: элементы тревоги, паники, снижения настроения, прикованности мыслей и внимания к болезни. Они мечутся в поисках более «квалифицированного», по их мнению, врача; приобретают «новейшие» лекарственные препараты; усиленно читают специальную литературу по своей болезни. В других случаях имеет место снижение настроения, но без налета тревожности, апатичности и монотонности. Утверждая бессцельность лечебно-реабилитационных процедур, больные тем не менее пунктуально выполняют все предписания специалистов и медикаментозное лечение.

Гипосоматонозогнозии - это такой тип личностного реагирования на соматическое заболевание, при котором выявляется недооценка человеком тяжести и серьезности болезни, ее отдельных признаков или симптоматики в целом. Такая недооценка проявляется в высказываниях, утверждениях, представлениях и поведении.

Диссоматонозогнозии - это такой тип личностной реакции на соматическое заболевание, когда инвалиды отрицают наличие болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или под влиянием страха перед ее последствиями. В данной ситуации, как правило, имеет место непризнание инвалидности при слабой выраженности объективных признаков, которые таят в себе угрозу для здоровья и даже жизни больного. Страх последствий заболевания ведет к вытеснению из сознания мыслей об инвалидности, особенно тогда, когда намечается перспектива неблагоприятного исхода в процессе социального взаимодействия. Внешними признаками такого поведения инвалида является стремление отрицать сам факт заболевания и отсутствие желания обсуждать болезненные симптомы. Однако для

социальной работы важно представление о направленности личностных изменений инвалидов.

Возрастные особенности соматозогнозий. В настоящее время в соответствии с принятой классификацией выделяются следующие возрастные группы: инвалиды от рождения; 18-30 лет - молодой возраст; 31-59 - зрелый возраст; 60-74 - предстарческий (пожилой) возраст; 75-89 - старческий возраст; 90 и более лет - престарелый возраст, или долгожители.

Каждая из перечисленных возрастных групп специфично относится (оценивает и заботится) к состоянию своего здоровья. В молодом возрасте чаще наблюдается переоценка возможностей своего здоровья и недооценка возможности болезни, а тем более получения инвалидности. По этой причине не редко имеет место пренебрежительное и беспечное отношение к обеспечению своего здоровья. В психологической картине соматического заболевания данного возрастного периода наиболее значимыми являются проблемы этического и эстетического плана, связанные преимущественно с косметическими дефектами, травмами, ожогами, отдельными сексуальными нарушениями, дерматовенерологическими заболеваниями и др.

В молодые годы характерно эмоциональное переживание скорее по причине нарушений и отсутствия привычных связей и отношений с близкими и знакомыми в период заболевания, чем напряженность по поводу самого факта болезни и ее возможных негативных последствий. Молодежь значительно острее воспринимает болевые ощущения и тяжело переносит их действие, а симптоматика течения болезни более ярко выражена. Кроме того, признаки сенсологического этапа соматического заболевания выражены не столь глубоко, как у других возрастных групп. Как правило, стационарное лечение в этот период оценивается как чрезмерная социальная изоляция и сопровождается негативными состояниями.

Зрелый возраст отличается более адекватным отношением к поддержанию и сохранению своего здоровья, особенно в первой половине данного периода. Во второй половине этого возрастного периода на фоне биологического «увядания», перестройки социальных приоритетов (выход на пенсию, «отделение» взрослых детей) характер соматозогнозии может существенным образом измениться, вплоть до психопатоподобных состояний.

В предстарческом возрасте на фоне снижения адаптационных возможностей организма могут развиваться различные неврозы: неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний и депрессивный невроз. Неврозы - это болезненные переживания и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности в ее общественных отношениях, вызываемые психическими факторами и не обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к активной переработке и компенсации.

На этом этапе возрастного развития люди начинают все больше внимания уделять заботе о своем здоровье и особенно болезненным ощущениям. Например, специалисты отмечают, что лишь у половины лиц пожилого возраста имеет место адекватная оценка своих соматических заболеваний, а у четверти наблюдается переоценка или даже данная

переоценка носит извращенный характер. При анализе соматозогнозий у больных старческого возраста отмечается: падение общей активности в преодолении болезненных симптомов, а также снижение эмоционального резонанса в оценке своего состояния, нарастание тенденции упрямства и ригидности. Нарастающие соматические расстройства и неприятные ощущения, которые им сопутствуют в период старческого возраста, способствуют усилению интровертированности личности в процессе социального взаимодействия, а, следовательно, повышаются тревожность и ипохондричные состояния.

Тревоги, опасения, страхи старого человека объясняются не только реальными биологическими процессами в организме и социальными причинами взаимодействия, но и нередко неадекватной оценкой положения дел и состояния своего здоровья. По этой причине наблюдается: повышенная чувствительность, снижение реактивности, падение выносливости к различным стресс-факторам. Даже незначительные, обычно непатогенные физические и психические раздражители могут иметь отрицательные последствия.

Старость по-своему окрашивает течение болезни: менее остро выражена сопутствующая болезни симптоматика вследствие понижения реактивности: ослабляется как сенсологический, так и оценочный этапы болезненных переживаний; особый интерес проявляется к социально-психологическим аспектам взаимодействия в процессе болезни; соматические заболевания в этот период, как правило, недооценивают.

2.4.3. Направленность личностных изменений инвалидов

В современной медицинской психологии и психиатрии различают пациентов с точки зрения развития их личностных свойств на несколько групп: нормальное, акцентуированное и психопатическое развитие личности (психопатоподобными состояниями и больные с психическими патологиями).

1. Больные с нормальной направленностью развития личностных свойств обычно адекватно отражают соматические страдания. Правда, такая динамика личностных свойств специфична и во многом зависит от типологии личности, ее экстравертированности (преобладание реакций с выходом “во вне”, на внешние объекты) или интровертированности (преобладание реакций “погруженности в себя”, некоторой замкнутости в себе). В отдельных случаях процесс личностного реагирования по своей симптоматике напоминает сенсологический этап становления соматозогнозии (преимущественно у экзальтированных типов личности), а в других случаях - оценочный этап.

2. Акцентуированные по личностной динамике пациенты характеризуются тем, что находятся на грани нормативных показателей, но достигают степени личностной патологии и относятся к т.н. “крайним проявлениям нормы”. Акцентуированные пациенты более тревожны и чувствительны к возникающим трудностям. Эта категория пациентов отличается своей ригидностью в суждениях и повышенным уровнем притязаний. Они избирательно, но болезненно реагируют на внешние

раздражители, особенно, если эти раздражения касаются структурно-функциональных образований т.н. “наименьшего сопротивления” личности. Применительно к процессу формирования соматонозогнозий у акцентуированных личностей можно выделить следующую типологию: возбудимые; тормозные; неустойчивые и ригидные.

3. Акцентуированные личности возбудимого типа отличаются своей экстравертированностью, умением быстро схватывать сущность социальной ситуации и эмоциональной неуравновешенностью. В ситуации соматического заболевания в реакциях акцентуированных личностей возбудимого типа преобладает симптоматика сенсологического этапа. Отсюда часто наблюдается переоценка соматического страдания, которая сопровождается активностью личности в попытках преодоления заболевания и его последствий.

4. Акцентуированные личности тормозного (импрессивного) типа, преимущественно интровертированы и отличаются робостью, элементами тревожной мнительности, склонностью к самоанализу и пассивно-оборонительной позицией в общении. При соматических болезнях у такого рода инвалидов, как правило, симптоматика оценочного этапа превалирует над симптоматикой сенсологического этапа. Наиболее уязвимыми, болезненными местами акцентуации импрессивного типа у инвалидов являются оценки их индивидуальных особенностей и характер складывающихся в процессе болезни взаимоотношений, т.е. социально-психологический уровень развития личности. При этом следует учитывать, что переоценка симптомов соматического заболевания у инвалидов данного типа не всегда выходит за рамки адекватной оценки, но наблюдается ослабление способности приспособиться к новым условиям труда и быта по инвалидности.

5. Неустойчивый (импульсивный) тип акцентуации личности при соматическом заболевании отличается ярко выраженной эмотивностью и лабильностью (от лат. *labilis* - скользящий, неустойчивый). Здесь также присутствует недостаточная зрелость суждений, нечеткость установок и уровня притязаний. У таких инвалидов в процессе соматонозогнозии больше выражена симптоматика сенсологического этапа, при относительной слабости оценочной симптоматики. О слабости оценочной симптоматики соматонозогнозии сигнализируют колебания в четкой определенности своей инвалидности. Наибольшую психологическую значимость для такого типа личности инвалида в процессе соматического страдания имеют витальные (жизненные) компоненты заболевания. Такие больные обычно переоценивают сам факт болезни и недооценивают ее последствия.

6. Для ригидного типа акцентуированной личности преимущественно характерны медлительность, снижение подвижности и переключаемости, косность мышления, бескомпромиссность суждений и умозаключений, а также прямолинейность и обостренное чувство своей социальной ущербности. В процессе соматонозогнозии акцентуантов ригидного типа оценочная симптоматика преобладает над сенсологической. С психологической точки зрения, у такого типа инвалидов наибольшую тревогу вызывает перспектива

полной или частичной утраты возможности реализовать свою активность в общественно-трудовой деятельности. По этой причине поведенческая симптоматика инвалида во многом напоминает этап формирования отношения инвалида к болезни, особенно на начальном этапе заболевания, когда имеет место не только недооценка болезненных симптомов, но и полное игнорирование или отрицание своего заболевания.

Личностные акцентуации могут способствовать или препятствовать перерастанию болезненных состояний в психические расстройства: неврозы, психозы и психопатии. Психопатии представляют собой характерное сочетание аномальной дисгармонии эмоционально-волевых свойств при относительной сохранности познавательных способностей личности. По всей вероятности можно утверждать, что психопатии это аномалии характера.

Психопатии возникают обычно на почве взаимодействия врожденной или рано приобретенной неполноценности ЦНС (центральной нервной системы) и неблагоприятных условий внешней среды. Выделяются следующие группы психопатий: возбудимые и тормозные; астенические; параноидальные; шизоидные; гипотимические; истерические и эмотивные. По степени тяжести психопатий они разделяются: тяжелые - компенсация болезненных симптомов всегда неполная; выраженная - компенсация болезненных симптомов носит непродолжительный характер; умеренная - имеет характеристику достаточно продолжительной компенсации.

Общая характеристика психопатического развития личности:

1) нарушается процесс социальной адаптации при стабильной эмоционально-волевой дисгармонии, которая охватывает все сферы личностных проявлений;

2) своеобразие динамики психопатий заключается в том, что психопатические реакции не всегда поддаются пониманию и надежному прогнозированию;

3) в структуре психопатических личностных реакций кристаллизуется утрированная оценка отдельных признаков болезни;

4) сравнительно часто специалистами отмечается аффективная окрашенность поведения психопатической личности с оттенками истерического характера;

5) психопатической личности свойственна незрелость представлений и суждений о болезни при явном преобладании чувствительного компонента психики над рациональным, логическим;

6) внимание инвалидов данного типа чаще концентрируется на актуальном состоянии болезни, без достаточной оценки перспектив и последствий заболевания.

2.4.4. Психология инвалидов с неизбежным летальным исходом

Специфические изменения психической сферы соматических больных обуславливаются, кроме всего прочего, длительностью болезни и продолжительностью их пребывания в стационаре. Общая характеристика таких больных может быть сведена к следующим положениям:

1) наблюдается общее снижение настроения из-за различных ограничений (социальных, материальных, коммуникативных и т.п.) и неясности перспектив выздоровления;

2) преобладание пессимистических прогнозов своего будущего на фоне возрастания обидчивости, конфликтности и чувствительности нередко вызывает равнодушие и холодность по отношению к другим людям;

3) в случае хронического заболевания может иметь место явление регрессивно-инфантильного поведения до более низкого, даже примитивного уровня реакций;

4) чем более длительный период занимает лечение болезни, тем нетерпеливее становится человек, происходит постепенное сужение интересов, которые концентрируются только на физическом неблагополучии, возрастает эгоистичность и эгоцентричность;

5) происходит перестройка приспособительных механизмов, которые противоречат социальному окружению, что способствует адаптации по типу извращенного, патологического развития личности.

Особое значение в психосоциальной работе с такого рода «стационарными» больными имеет мобилизация психологических защитных резервов больного или больных с неизбежным летальным исходом. При тяжелых заболеваниях у лиц пожилого и старческого возраста ослабляется психологическая устойчивость и наблюдаются ипохондрические, депрессивные состояния, которые усиливают чувство отрешенности от мирских проблем в связи с неотвратимостью надвигающейся смерти. У людей молодого возраста неизбежность наступления смерти в результате болезни, как правило, сопровождается тревогой, фобиями, ажитацией, а иногда и суицидными действиями. При благоприятном исходе психических переживаний этот «кризисный» период может сменяться примирением с неизбежностью смерти, полной безучастностью и безразличием к окружающим.

Широкий спектр личностных реакций на неизбежность смертельного исхода во многом определяется характером заболевания, особенностей его течения и индивидуально-психологическими особенностями человека. В отдельных случаях, больные, крайне измученные тяжестью заболевания, невыносимыми болями, в ситуации безуспешности лечебных мероприятий субъективно ожидают смерти как избавления от невыносимого состояния. Болезненные переживания, связанные со смертью, можно структурировать по нескольким фазам:

- первая фаза - больные отрицают тяжесть своего положения, когда убеждаются в серьезности заболевания;

- вторая фаза - больные реагируют посредством бурного протеста на диагноз;

- третья фаза («ведения торга») - защитная реакция для больного, когда он стремится исключить неизбежность смерти путем внутреннего спора-самогипноза для продления своих жизненных сил и устранения болей;

- четвертая фаза - характеризует депрессивные состояния на фоне осознания неотвратимости смертельного исхода;
- пятая фаза - больные примиряются со своим положением и, как правило, смиренно ожидают трагическую для себя развязку.

2.5. Посттравматический синдром и психическая травма как объект профилактики и реабилитации

2.5.1. Понятия и виды психической травмы и посттравматического расстройства

Психологическая травма — это жизненная ситуация, характеризующая состояние нервно-психического напряжения, нарушение психического здоровья. Главная характеристика психической травмы – ее патогенность для личности, зависящая как от остроты, длительности, повторяемости, неожиданности психической травмы, так и от уязвимости личности конкретной психической травмой.

Восприятие ситуации как психотравмирующей во многом висит от формирования и развития тревоги как сигнала к восприятию опасности. Если сигнал не воспринимается или тревога чрезмерна, ситуация чревата возникновением психических расстройств. Для поддержания состояния психической устойчивости необходима не стабильность, а реактивность адаптации. Индикатором «здоровой» реактивности может быть превентивная тревога, предупреждающая о необходимости подготовки встречи с ситуацией.

Психические травмы чрезвычайно многообразны. По интенсивности психические травмы делятся: на массивные (катастрофические) - внезапные и острые; ситуационные - острые, многопланового воздействия; пролонгированные ситуации, действующие на протяжении многих лет (ситуация лишения свободы, близких, значимых ношений и т. п.).

Посттравматический стресс (ПТС) — это болезненное, шокирующее переживание, реакция на стрессовый фактор за пределами обычного воздействия, психологическая реакция на травму. Симптомы посттравматического стресса в комплексе выглядят как психическое отклонение, на самом деле это не что иное, как глубоко укоренившиеся способы поведения, связанные с экстремальными событиями в прошлом.

Возникновение ПТС может вызвать любая экстремальная ситуация: война, авиакатастрофа, потеря близкого человека, переживание угрозы опасности, попытка изнасилования, насилие. У многих из тех, кто пережил потрясение, в памяти постоянно всплывает случившееся, и люди чаще всего ничего не могут с этим поделать. У них появляются следующие симптомы:

- психофизиологические - тревожный сон, ночные кошмары, бессонница; дрожь и потливость; ломота в спине, спазмы желудка, головные боли;
- психологические - навязчивые мысли, яркие воспоминания пережитого потрясения; непрощенные воспоминания, сильный испуг при громких звуках или неожиданном приближении кого-либо сзади; тревожное состояние или

страх, ожидание опасности; неспособность владеть чувствами, внезапная тревога, гнев или огорчение; рассеянность, отсутствие возможности здраво рассуждать; безразличие к тому, что прежде приносило радость;

- социальные – трудность в проявлении любви и других социальных чувств к окружающим; чувство отстраненности от мира и от всего происходящего, нарушение отношений с окружающими, отстранение от контактов, стремление к уединению, отчуждение и самоизоляция, конфликты с окружающими и т.п.

Основными психосоциальными характеристиками посттравматических расстройств выступают:

Притупленность эмоций. Человеку трудно установить близкие и дружеские связи с окружающими, ему недоступны радость, любовь, творческие подъемы. Многие люди сетуют, что после тяжелых событий им стало намного труднее испытывать эти чувства.

Агрессивность. Стремление решать проблемы с помощью грубой силы. Хотя, как правило, это касается физического силового воздействия, но встречаются также психическая, эмоциональная и вербальная агрессия. Иначе говоря, человек склонен применять силовое давление на окружающих всякий раз, когда хочется добиться своих целей, даже если цель не является жизненно важной.

Нарушение памяти и концентрации внимания. Человек испытывает трудности, когда требуется сосредоточенность или потребность что-то вспомнить, по крайней мере, такие трудности возникают при определенных обстоятельствах. В некоторые моменты концентрация внимания может быть великолепной, но стоит появиться какому-либо стрессовому фактору, как человек уже не в силах концентрировать внимание и сосредоточиваться.

Депрессия. В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых тяжелых и беспросветных глубин человеческого отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Этому чувству сопутствуют нервное истощение, хроническая усталость, апатия и отрицательное отношение к жизни («отрицательная: жизненная перспектива»).

Общая тревожность. В психической сфере проявляется в виде постоянного беспокойства и озабоченности, «параноидальных» явлениях, например необоснованной боязни преследования, в эмоциональных переживаниях, постоянном чувстве страха, неуверенности в себе, комплексе вины.

Непрошенные воспоминания. В памяти человека внезапно всплывают жуткие, тяжелые сцены, связанные с травмирующим событием. Такие воспоминания могут возникать как во сне, так и во время бодрствования. Наяву они проявляются в тех случаях, когда окружающая обстановка чем-то напоминает случившееся во время травмирующего события: запах, зрелище, звук, словно пришедшие из той поры. Яркие образы прошлого обрушиваются психику и вызывают сильный стресс. Главное отличие от обычных воспоминаний состоит в том, что посттравматические непрошенные воспоминания сопровождаются сильным чувством тревоги, страха.

Бессонница. Человек испытывает трудности с засыпанием, у него прерывистый сон, его посещают ночные кошмары. Есть основания считать, что он невольно противится засыпанию, и именно в этом причина его бессонницы: человек боится заснуть и вновь увидеть этот сон. Регулярное недосыпание, приводящее к крайнему нервному истощению, дополняет картину симптомов посттравматического стресса. Бессонница также бывает вызвана высоким уровнем тревожности, неспособностью расслабиться, а также непреходящим чувством физической или душевной боли.

Чувство вины. Пострадавшим могут быть свойственны повышенная конфликтность во взаимоотношениях с людьми, злоупотребление алкоголем или лекарственными препаратами, самоизоляция, мысли о самоубийстве.

2.5.2. Вынужденные переселенцы и пострадавшие в результате локального вооруженного конфликта как объекты психосоциальной работы

Характер и направленность оказания психологической помощи зависит от внутренних факторов самой миграционной группы и условий, которые складываются в процессе адаптации людей на месте к новым условиям социальной среды и жизнедеятельности. Во многом это определяется сплоченностью миграционных групп, возрастными особенностями семей, профессиональной квалификацией людей и их материально-финансовым состоянием на момент миграции, чувством взаимной солидарности мигрантов, соучастием в их благоустройстве «коренных» групп населения, а также состоянием занятости населения в регионе и профессионально-производственных потребностей на местах.

Например, специалисты миграционной службы отмечают повсеместную тенденцию негативного отношения к «переселенцам» со стороны постоянно проживающего на данной территории населения по вопросам: сокращения рабочих мест для «чужих», возможной нехватки товаров повседневного спроса в торговых точках, перегрузки транспортных систем, детских садов, культурно-просветительных центров и школ и т.п. Имеет место также негативная социальная установка местного населения на мигрантов по их национальному признаку, религиозным верованиям, обычаям и традициям.

В основу характеристики психических реакций у населения, пострадавшего в результате локального вооруженного конфликта, положены представления о сложной психобиологической сущности психических нарушений, возникающих при чрезвычайных ситуациях (ЧС). Сегодня стало очевидным, что в формировании данного класса психических расстройств имеет место тесное переплетение различных по своей природе факторов (социальных, психологических, экологических, биологических, физических), каждый из которых на разных этапах развития ситуации может играть определяющую роль, обуславливая клинические особенности возникающих в ЧС психических нарушений.

Исследования проведены в период ведения боевых действий в Дагестане («очаг поражения»), сразу после завершения боевых действий в Грозном

(«ближайшие последствия») и на территории Ингушетии (спустя 6 мес. - 2-3 года) после окончания вооруженного конфликта.

Наиболее часто среди психических расстройств, проявляющихся у вынужденных переселенцев и пострадавших в результате локальных конфликтов, встречаются неврастеноподобные состояния, проявляющиеся в трех основных формах - гиперстении, синдроме раздражительной слабости и гипостении.

При этом оказалось, что гиперстеническая форма характерна для периода ведения активных боевых действий, тогда как в ближайшие периоды после их завершения все большее место в структуре психических расстройств начинают занимать явления раздражительной слабости, а в отдаленные периоды - проявления гипостении.

Особенностью неврастеноподобных состояний является то, что их клиническая картина складывается из двух составляющих: астении и эмоциональных расстройств, между которыми существуют обратно пропорциональные отношения, когда по мере падения остроты переживаний и ослабления эмоциональных реакций на первый план выходят астенические проявления. Формирование стойких неврастеноподобных состояний чаще всего отмечается через несколько месяцев, в ряде наблюдений - через несколько лет после завершения боевых действий.

В большинстве случаев появление собственно неврастеноподобных нарушений, как и последующая их динамика и трансформация в более сложные формы психических расстройств, связано с дополнительными вредностями (повторное психотравмирующее событие, переутомление, неблагоприятные условия жизни, в том числе и в палаточных лагерях, недоедание, соматические заболевания, переохлаждение зимой и перегревание летом и др.). У ряда пострадавших динамика психического состояния протекала на фоне длительного состояния психоэмоционального напряжения, при относительно благоприятных условиях их жизни и без выраженного влияния дополнительных вредностей.

Гиперстеническая форма неврастенического синдрома как этап астенической напряженности выявляется в 40-43% случаев. У всех пострадавших имела место отчетливая связь возникновения данного варианта с психотравмирующим событием. Особенностью начальной стадии гиперстении было отсутствие собственно астенических проявлений. Клиническая картина практически полностью исчерпывалась ситуационными эмоциональными расстройствами. Выраженность этих реакций была различной, однако она не достигала большой степени и, как правило, не делала пострадавших нетрудоспособными, позволяя им преодолевать значительные расстояния при выходе из зоны боевых действий, заботиться о детях и выполнять необходимый для этого периода объем работ.

Другой особенностью таких состояний была их изменчивость, которая определялась внешними условиями. Ухудшение или улучшение обстоятельств сразу же сказывалось на состоянии пострадавших. Получение позитивной информации о близких, эффективная социально-психологическая поддержка,

проживание в благоприятных условиях, общение с близкими и родственниками сразу же и положительно сказывалось на психическом состоянии.

У всех пострадавших в этот период возникали эмоциональные и вегетативные нарушения. Обычно отмечались тревога, беспокойство, волнение, эмоциональная лабильность, раздражительность. Выраженность переживаний тревожного ряда определялась, как правило, ситуацией, поступающей информацией или ее отсутствием. Одновременно наблюдались вегетативные расстройства в виде тахикардии, повышенной потливости, лабильности пульса, колебаний артериального давления, болей в области сердца или за грудиной.

Особенность психических расстройств в этот период состояла в том, что заметно большее место начинали занимать эмоциональные нарушения, которые приобретали более стойкий характер. Обычно наблюдалось достаточно выраженное беспричинно тревожное настроение. К эмоциональным расстройствам присоединялись головные боли, усиливалась раздражительность, утомляемость, слабость. Значительную выраженность приобретали также соматовегетативные нарушения. Депрессивные состояния не были типичными для данной группы пострадавших и выявлялись лишь у 6,1%. Расстройства настроения всегда носили вторичный характер - как реакция на ситуацию, невозможность изменить сложившееся положение и переживания определенной его бесперспективности.

Для раздражительной слабости наиболее характерными являются выраженная раздражительность, эмоциональная лабильность, гипотимный фон настроения, повышенная возбудимость под влиянием внешних воздействий с быстрым истощением ответных реакций. Наиболее часто встречающимися были аффект тревоги, проявляющийся тревожной реакцией на обстановку, беспокойством с "тревогой на сердце, на душе". Тревожные переживания, которые возникали по малейшему поводу или без него, носили характер свободно плавающей тревоги, тревоги за родных и близких, за состояние собственного здоровья, ожидания худшего в будущем. Аффективные расстройства при гипостении характеризуются гипотимным фоном настроения (печаль, которая доходила до уровня тоски с оттенком тревожности, недоверчивости). Достаточно частыми были ощущения похолодания, онемения конечностей, головокружения. Окружающее воспринималось ими "как в тумане", выглядело "блеклым, потухшим".

Психоорганический синдром выявляется, как правило, среди населения, пережившего как первую, так и вторую фазу локального вооруженного конфликта (1995-1996 и 1999-2000 гг.). На фоне астенических и аффективных расстройств типичны интеллектуально-мнестические нарушения.

Все это свидетельствует о принципиальной возможности трансформации состояний при длительных неблагоприятных условиях от чисто функциональных и обратимых проявлений через этап функционально-структурных изменений в стойкие структурно органические расстройства.

Дистимические расстройства являются наиболее распространенными среди населения Дагестана и Чечни, пострадавшего в результате вооруженного конфликта, которые не заставляют больного обращаться за помощью и, как правило, остаются вне поля зрения специалистов. Вместе с тем, такие расстройства имеют тенденцию к дальнейшему развитию с переходом их в психосоматическую или собственно психическую патологию.

2.6. Психические травмы детства как объект психосоциальной помощи

2.6.1. Дети, пережившие смерть родителей как объекты психосоциальной работы

Детский опыт переживания горя практически в точности повторяет переживание горя взрослыми. Тем не менее, реакции детей проявляются иначе и часто отличаются от тех, которые ожидают от них взрослые. Поэтому мнение, что дети не переживают так сильно, как взрослые, во многом ошибочно. Этому способствует неправильное представление взрослых о детях, будто бы не обладающих опытом горя и эмоциональной болью. Такое мнение, на первый взгляд, не обосновательно. Действительно дети часто смешивают переживания чувств и мыслей. Кроме того, они испытывают значительные затруднения, чтобы выразить их. Но, несмотря на то, что маленькие дети не в состоянии выразить свои чувства - им свойственны такие же сильные чувства и мысли, какие бывают характерны и для взрослых.

Как для взрослых, так и для детей, горе является индивидуальным опытом. Психологически не существует никакого нижнего возрастного предела детскому переживанию горя. Для ребенка, еще недостаточно владеющего речью, но уже потерявшего кого-то из близких, горе приобретает исключительно физический и эмоциональный характер, становится опытом дословесным. Утрата и горе в раннем возрасте разрушают душу изнутри, например, физическим переживанием, не затрагивая интеллект. Совсем маленький ребенок, переживая горе, как бы отделяется от внешнего мира. Физическое отсутствие значимой для ребенка личности оставляет в нем психологическую пустоту.

Дети младшего возраста (до 5-ти лет) осознают и объясняют мир, учитывая мнения и действия окружающих их взрослых. Ребенок не в состоянии понять значения слов «смерть», «всегда» или «никогда больше не вернется». Он не понимает этих абстрактных слов, ему также трудно понять абстрактные объяснения причин смерти. Ребенок осознает и воспринимает только конкретные действия и события. Возможно, ребенок будет искать умершего человека, но, в конце концов, откажется от своих попыток и смирится. Легко неправильно понять эти реакции у маленьких детей и воспринять их как отрицание произошедшего. Скорее, эти реакции являются выражением недостаточного опыта. Дети не понимают, что смерть окончательна, и поэтому думают, что тот, кто умер, может вернуться или что можно пойти к нему или к ней в гости. Они будут реагировать на утрату,

становясь надоедливым и раздражительным, или - в более тяжелых случаях – крайне замкнутыми.

Дети, также как и взрослые, принимают действительность постепенно и колеблются между отрицанием и принятием того, что произошло. Детям дошкольного возраста нужно еще и еще раз повторять, что тот, кто умер, ушел и не придет обратно. Дети должны знать, что умерший человек больше не дышит, что его сердце не бьется, он не может говорить, что умерший не может думать и не чувствует никакой боли. Дети, потерявшие кого-либо из родных, испытывают сильные и зачастую новые для себя чувства, Их пугает то, что они не могут объяснить своих реакций на переживаемое, поэтому они нуждаются во взрослых, чтобы последние помогли им разобраться в происходящем.

В этом случае наилучшей помощью травмированному ребенку будет та, когда другой взрослый включится в его ситуацию и постепенно выстроит надежную эмоциональную связь с ребенком, таким образом, продолжая внезапно прервавшийся диалог. Этот новый контакт может стать впоследствии той прочной базой, благодаря которой ребенок будет в состоянии сам справиться с постигшим его несчастьем.

Младшие школьники (7-9 лет) часто задумываются о смерти. В этом возрасте постепенно развивается понимание, что смерть окончательна и что все жизненные функции прекращаются, когда человек умирает. Потом они начинают понимать, что смерть неизбежна, что все - и они в том числе - когда-то умрут. Они уже хорошо понимают, что целый ряд основных жизненных обстоятельств изменить невозможно. Однако, наблюдая и осмысливая их, детям еще далеко до того, чтобы управлять этими ситуациями. И эта беспомощность может вызвать у них чувства тревоги и тоски.

Даже в поведении 10-12-летних детей, переживших потерю близкого, можно наблюдать как бы фрагментарность поведения: для них характерно периодическое чередование состояний грусти и развлечений, игр. Но это лишь психологическая защита ребенка от состояния тревоги и страдания. Представление о смерти становится более абстрактным только к 10 годам: тогда дети лучше понимают, какие последствия несет за собой смерть и больше думают о том, что происходит после смерти. Они задумываются над смыслом того, что произошло, и заняты мыслями о несправедливости смерти. Обычно дети 10 лет и старше не хотят говорить о том, что произошло, потому, что это слишком мучительно. Иногда им нужно достаточно долгое время, прежде чем они смогут говорить о смертном случае. Внезапно у них может возникнуть желание говорить о смерти, даже если в течение долгого времени они казались абсолютно равнодушными. Особенно часто этим «грешат» мальчики, которым часто бывает трудно показать свои чувства, вызванные смертным случаем, так как это противоречит их представлениям о мужской роли.

В целом, желание поговорить о смерти – явление позитивное, это возможность нового и более зрелого переживания и понимания смертного случая. То, как мыслят старшие подростки и юноши, похоже на способ

мышления взрослых. Но часто период переходного возраста - нелегкое время для переживания горя. Психологические защитные механизмы ослаблены, подросток изучает себя. Потеря матери или отца в это время, возможно, бывает невыносимой. Весь мир становится ребенку чужим, когда он переживает сильное горе из-за потери значимого для себя человека. Я-концепция, т.е. система представлений ребенка о самом себе, рушится, и иногда это приводит к упадку сил. Разрушенная Я-концепция нуждается в восстановлении. Ребенку следует помочь, чтобы он четко осознал значение того, что случилось до и после перенесенной им травмы, а что является новым, отличным от его прежней жизни.

Таким образом, дети переживают горе не каким-то определенным образом, а реагируют на него по-разному. Вот несколько самых распространенных реакций.

Тревожность. Смерть легко вызывает страх, что может произойти еще одна катастрофа. Поэтому дети разных возрастов часто высказывают свои опасения, что что-нибудь случится с их близкими им людьми. Дети также могут испытывать страх, что сами умрут. В результате такой постоянной тревоги, бдительности и напряжения у ребенка могут возникать боли в животе, плечах, шее и голове. При крайней степени тревоги они могут не отпускать их ни на одну минуту, воспринимая всякую разлуку как символическую смерть близкого. Часто дети хотят спать с зажженной лампой и открытой дверью, чтобы видеть, что взрослые дома и с ними ничего не произошло. Если ребенок был свидетелем смерти или если он нашел умершего, он может пугаться каждый раз, когда что-то напоминает о случившемся. Например, если смерть произошла в результате автомобильной катастрофы, то при каждом приближении к машине ребенок может чувствовать сильную тревогу.

Замкнутость, изоляция и проблемы концентрации внимания. После смертного случая ребенок начинает “борьбу” с тревожащими его мыслями и чувствами. Он будет стремиться изолировать себя. Желание замкнуться в себе и уединиться становится спустя некоторое время характерной чертой для всех людей с подобным опытом. Психологически травмированные дети в дальнейшем всегда более чувствительны к разлуке, нежели другие. Кроме того у него могут ухудшаться результаты в школе, причем как в учебе, так и в поведении.

Печаль, тоска. В раннем возрасте, когда присутствие рядом матери и отца настолько важно для развития ребенка, что он, потеряв одного из родителей, испытывает как бы двойную утрату: оставшийся в живых родитель (мать или отец) из-за собственного личного горя более или менее отстранен от ребенка эмоционально. Вместо утешения и поддержки мать или отец, возможно, ругают ребенка и отвергают его, в то время как нормальные реакции тоски и печали на смерть близкого выражаются, могут выражаться ребенком в назойливости, плаксивости и капризах. Глубина детского горя не измеряется “объемом” выплаканных слез. Дети могут тосковать не так долго, как этого хотелось бы взрослым. Но не стоит заблуждаться. Дети могут продолжать думать о мертвом еще долго чувствовать печаль и тоску. Они

очень скучают. Поэтому у многих из них может возникнуть желание вернуться в те места, где они были вместе с умершим, чтобы “оживить” воспоминания.

Вина. Большинство детей часто задумываются, почему пришла смерть, что ее вызвало. Иногда они считают (возможно из-за ревности), что это их собственные мысли или поступки вызвали смерть. Они также могут возложить вину на родителей. Для многих детей, особенно более старшего возраста, характерно ощущение связи между способностью совершить какое-либо действие и наказанием. Когда ребенок ощущает в себе сильную склонность к какому-либо проступку, то он закономерно чувствует вину: "Если бы я вел себя хорошо, если бы я был лучше, мама была бы по-прежнему жива!". В этом случае он может выбрать две стратегии поведения: Ребенок может постараться нечто предпринять, чтобы снова как бы вернуться в обычную жизнь. Например, начать вести себя очень хорошо, стать послушным – ведь именно такое поведение ценится взрослыми. Или, возможно, ребенок станет более беспокойным и трудным в общении для того, чтобы его наказали, По его мнению, ведь он этого заслуживает, это он виноват в том ужасном, что произошло. Взрослые же часто совсем не воспринимают подобное вызывающее поведение как признак вины или горя. Поэтому на ребенка обрушиваются брань и наказания за его плохое поведение. В то время, когда при более терпимом отношении взрослых, он мог бы испытать успокоенность и облегчение.

Гнев. Ребенок может испытывать очень сильное чувство гнева, когда любимый человек умирает. Вспышки гнева в этом случае довольно обычны. Чувство озлобленности, когда кто-либо умирает, вполне естественная реакция на потерю близкого. Гнев может быть направлен на что-то конкретное, на обстоятельства или определенного человека. В некоторых случаях, когда ребенок настолько потерян, ощущает себя крайне тревожным, бессильным и раздраженным – он выплескивает свой гнев на окружающих и может вести себя деструктивно. Но нередки случаи, когда гнев, соединяясь с виной, направляется ребенком на себя. Суицидальные мысли, вероятно, являются примером саморазрушения, но они также, быть может, выражают желание ребенка вновь соединиться с умершим.

2.6.2. Дети, подвергшиеся сексуальному насилию

Сексуальное насилие или оскорбление квалифицируется в тех случаях, когда были предприняты следующие действия по отношению к ребенку:

а) сексуальный контакт между взрослым и сексуально незрелым ребенком с целью получения взрослым сексуального удовольствия;

б) использование силы, угроз или обмана с целью вовлечения ребенка в сексуальную активность;

в) сексуальный контакт, при котором ребенок не способен контролировать свои взаимоотношения со взрослыми в силу возрастных и физических особенностей.

Реакции ребенка на совершенное сексуальное насилие могут быть самыми разнообразными:

Травматические стрессовые реакции. Состояния страха и тревоги относятся к тем симптомам, которые возникают у этих детей как непосредственные, так и отсроченные реакции на травму. Нарушение сна (беспокойный сон), бессонница, плохой аппетит, психосоматические жалобы, всепоглощающая тревога является отсроченными последствиями надругательства. Эти дети часто распространяют свой страх не только на насильника. Он проявляется в избегании других взрослых и лиц, пользующихся авторитетом. У некоторых жертв могут проявляться посттравматические стрессовые расстройства, с типичными симптомами реинтерпритации и переосмысления травматического события, избегания ситуаций, ассоциирующихся с сексуальным оскорблением, сильного возбуждения со сверхбдительностью, появлением ночных кошмаров, болезненной чувствительности. Кроме того навязчивые воспоминания, часто с видениями в виде ярких вспышек и повторяющимися ночными кошмарами, касающимися событий, связанных с надругательством вызывают у них страх перед отходом ко сну.

Подозрительность и недоверие. Детям, которые подверглись сексуальному насилию или оскорблению и тем самым испытали или пережили родительское предательство, очень трудно установить доверительные отношения со взрослыми. Они больше не ожидают от своих родителей поддержки и помощи в реализации себя. Они могут считать, что все потенциальные объекты любви опасны и непредсказуемы. Причем их подозрительность может распространяться на всех мужчин, а иногда и женщин.

Депрессия и суицидальное поведение. У этих детей наблюдаются депрессивные симптомы, сопровождающиеся печалью и неспособностью испытывать приятные ощущения. Тяжелая депрессия, сопровождаемая чувством униженности, состоянием чрезвычайной уязвимости и ощущением вторжения в их “интимную” зону. У детей, переживших сексуальное насилие, глубокая депрессия часто сочетается с суицидальным поведением.

Гиперсексуальность. У этих детей отмечается высокий уровень (низкий порог) сексуального возбуждения и они охотно получают оргазм. Они не способны отличать нежные и любовные от сексуальных отношений. Поэтому либо часто возбуждаются лишь от физических прикосновений, либо как защитное поведение демонстрируют психологическую холодность и закрытость. Дети всех возрастов, подвергшиеся сексуальному насилию, сексуально соблазненные сверстниками и взрослыми, часто прибегают к сексуальной самостимуляции – «вынужденной» мастурбации. В подростковом и юношеском возрасте эти дети могут быть склонными к беспорядочным половым связям. Движимые сильной потребностью в любви и комфорте, удовлетворения которой они ищут в сексе, полностью обесценивая при этом самих себя. У них также могут иметь место тенденции к проституированию (тому способствует их соглашательское, уступчивое, пассивное поведение).

Избегание сексуальных стимулов. Могут отмечаться сильная тревожность и эмоции страха по отношению к сексуальным стимулам. И как следствие этого сексуальная индифферентность. Если домогательство исходило от мужчины, ребенок-жертва может бояться всех мужчин.

Нарушение половой идентификации. Патологическое психологическое развитие наблюдается как у мальчиков, так и у девочек. Девочки предпочитают более маскулинное (мужского типа) полоролевое поведение, их отличает конфликт половой идентификации и они более несчастны. У мальчиков отмечаются изменения в мужской половой идентификации, проявляющиеся в компенсаторном гипермаскулинном поведении и гомофобии. Некоторые мальчики демонстрируют женоподобное поведение.

Низкая самооценка. Эти дети учатся рассматривать себя с некоторым недовольством и презрением. Их низкая самооценка со временем маскируется компенсаторной грациозностью и фантазиями всемогущества. Низкая самооценка у жертв сексуальных оскорблений часто основывается на стыде и чувстве вины, ассоциирующемся как клеймо инцеста. Стыд и вина могут появляться и в отношении собственных переживаний, когда в период домогательства у ребенка возникают приятные сексуальные фантазии и сексуальные чувства. Жертвы инцеста могут также испытывать синдром “испорченного товара”, при котором ребенок постоянно ощущает себя физически непривлекательным для сексуальных контактов.

Импульсивность и поведенческие расстройства. Отличает агрессивность, асоциальность, неконтролируемое поведение. Эти дети могут иметь большой опыт побегов из дома. Поэтому, бродяжничая или присоединяясь к деликатным группам подростков, они часто вовлекаются в злоупотребление алкоголем, наркотиками, занятия проституцией.

Потеря интереса к школе. Характерна школьная неуспеваемость из-за снижения познавательной мотивации, гиперактивности, специфических учебных затруднений. Итак, при сексуальном насилии или оскорблении ребенок служит средством забавы и утешения родителей либо других близких взрослых и часто используется в качестве объекта сексуального комфорта и получения сексуального удовольствия.

Как только совершается надругательство и сексуальный барьер переступается, жизнь ребенка меняется необратимо. Он или, что более часто, она может не понимать того, что случилось. Девочке при этом могли угрожать тем, что, если она кому-либо расскажет о случившемся, ее выгонят из дома, ей переломают ноги, ее мать убьют, а отца посадят в тюрьму. В результате дети хранят все в строжайшем секрете месяцами и годами. Они ощущают ужас от того, что, рассказав, они нарушают некий негласный семейный обычай секретности.

В то время, когда над ребенком совершается надругательство, ему велят сдерживать свои эмоции, не плакать, обеспечивая совратителю некоторое ощущение триумфа. Ребенок вынужден молчать и подавлять боль и гнев. Желание девочки, например, рассказать о случившемся матери, скорее всего, встретит недоверие и упреки за “вздор, который она несет”. Более того,

ребенок не знает порой даже слов, которыми возможно описать происшедшее, поскольку все это находится как бы по ту сторону его повседневного опыта.

Сексуальная травматизация ребенка может начинаться очень рано, между тремя и шестью годами. Гораздо раньше, чем он способен запомнить это. По мере достижения ребенком подросткового возраста возможен переход от прикосновений, несущих оттенок сексуальности, к развернутому оральному, вагинальному или анальному сношению. Ребенок привыкает к повторяющемуся надругательству. Он боится отходить ко сну, может страдать от ночных кошмаров, энуреза, испытывать трудности в школе, иметь поведенческие нарушения. При этом у него преждевременно пробуждается сексуальность. Девочка может стать молчаливой, замкнутой, отстраненной и слезливой, неожиданно отворачивается от родственника, с которым прежде была весела и игрива.

В подростковом возрасте девочка постепенно начинает осознавать свое отличие от большинства сверстников, лишенных столь тягостного опыта. Она стесняется выступать перед классом, показываться в раздевалке после уроков физкультуры и занятий спортом, боясь, что окружающие смогут разглядеть нечто и узнают о том, что же происходит с ней дома. Для девушек, подвергшихся сексуальному насилию в детстве, трудно а иногда просто невыносимо поддерживать разговоров подруг о парнях, первых поцелуях, об ухаживании, о положении невесты и свадьбе.

Девочка старается полностью забыть случившееся до тех пор, пока во взрослой жизни какое-либо событие, такое, например, как рождение ребенка или специальная телепередача, посвященная инцесту, не растревожит ее воспоминаний. С такими детьми очень трудно вступить в контакт, так как они не хотят ворошить свои тягостные воспоминания, сопряженные с невыносимой душевной болью, и боятся вызвать у окружающих неодобрение, отвержение и отвращение.

2.6.3. Дети, подвергшиеся физическому насилию, оскорблениям и унижениям

Физическое насилие — это насильственные и другие умышленные незаконные (запрещенные) человеческие действия, которые причиняют ребенку физическую или душевную боль и страдания, а также наносят ущерб его развитию и жизнедеятельности.

Тяжкие формы физического насилия: избиение ребенка, нанесение ему ожогов, испытание голодом или грубое пренебрежение, вплоть до насилия, угрожающего его жизни, существенно искажают формирующуюся душу ребенка, нарушают чувство его самости. Дети, жертвы такого обращения, формируют иллюзорную веру в то, что их родители — хорошие и любящие, а они, дети, заслуживают наказания, потому что они плохие. Этим объясняется и их чувство вины, и их заниженный образ “Я”. Помимо обиды и боли ребенок испытывает гнев и сильное психическое напряжение. Слишком многое ему часто приходится испытывать. В результате он начинает отрицать свои чувства. Травмирующие переживания тлеют до поры в бессознательном,

готовые в нужный момент, вспыхнув искрой, зажечься, когда перед ним (ней) предстанет подходящая жертва, для вымещения затаившейся боли.

Последствия физического насилия могут проявляться в различных симптомах.

Травматические стрессовые реакции. Состояния страха и тревоги достаточно типичные реакции ребенка на угрозу физического насилия. Кроме того, они могут проявляться в нарушении сна, бессоннице, плохом аппетите, психосоматических жалобах. Часто страх имеет генерализованный характер, т.е. распространяется не только на насильника, но проявляется в настороженном отношении или избегании родителей и других взрослых.

Сверхагрессивность и импульсивное поведение. Поведение этих детей часто сопровождается агрессивным деструктивным поведением дома и в школе. Они отличаются задиристостью, драчливостью, агрессивностью по отношению к сверстникам, братьям и сестрам. Это свидетельствует о нарушениях поведения. С одной стороны, их проблема связана с недостаточным контролем над импульсами. С другой, базируется на идентификации с их родителями, склонными к насилию, («идентификация с агрессором»), как основной защите против чувства тревоги и беспомощности. Часто вовлекаются в преступные и антисоциальные действия.

Подозрительность и недоверие. Детям, которые испытали родительское предательство, подверглись насилию, физическим наказаниям, словесным оскорблениям, а также побывали в роли «козла отпущения» очень трудно установить доверительные отношения со взрослыми. Они не ожидают от своих родителей ни поддержки, ни заботы, ни помощи. Они могут также считать, что все потенциальные объекты любви опасны и непредсказуемы.

Депрессия и суицидальное поведение. У этих детей наблюдаются депрессивные симптомы, сопровождающиеся печалью и неспособностью испытывать приятные ощущения. Дети, подвергшиеся физическим оскорблениям, демонстрируют саморазрушительное поведение в таких формах как причинение увечий самим себе, суицидальные реакции, суицидальные попытки и желания.

Низкая самооценка. Эти дети учатся рассматривать себя с некоторым недовольством и презрением. Их низкая самооценка со временем маскируется компенсаторной грациозностью и фантазиями всемогущества.

Нарушения в развитии и познавательной деятельности. У этих детей наблюдаются нарушения функций речи и говорения как результат заторможенности этих функций в случае если ребенка часто наказывали за плач и крики.

Нарушения центральной нервной системы. При отсутствии ясно выраженных повреждений головы, у этих детей могут наблюдаться «мягкие симптомы» нарушений в деятельности центральной нервной системы. Тем не менее, есть основание полагать, что именно многочисленные лишения, такие как ненормальное воспитание в детстве, «бедное» внутриутробное развитие, отсутствие заботы в младенческом возрасте, дефицит питания, неполная сенсорная стимуляция могут приводить к подобным симптомам.

Потеря интереса к школе. Характерна школьная неуспеваемость из-за снижения познавательной мотивации, гиперактивности, специфических учебных затруднений.

Психологическая травматизация ребенка может оказаться не менее серьезной, чем физические страдания ребенка.

Эмоциональное или психологическое насилие — преднамеренные деструктивные действия или значительный ущерб детским способностям, включающие наказание за чрезмерную эмоциональную привязанность ребенка к родителю или взрослому, за самоуважительное отношение к себе и потребности, необходимые для установления нормальных социальных взаимоотношений. Это могут быть:

а) постоянные ограничения способностей, возможностей и желаний ребенка;

б) ограничение доступа к социальным контактам и возможностям, необходимых для нормального развития ребенка как члена определенного сообщества, социальной группы, культуры;

в) постоянная угроза в оставлении ребенка одного и причинении в этой связи ему тяжелых физических и социальных страданий;

г) предъявление ребенку чрезмерных, не соответствующих возрасту, требований.

2.7. Семейные проблемы как объект психосоциальной помощи

2.7.1. Проблемные и нестабильные семьи как объекты психосоциальной работы

С позиций семейной психотерапии и психосоциального консультирования выделяется три типа семьи:

1) *Стабильные семьи* - субъективно удовлетворенные своим браком и оцениваемые окружающими как благополучные.

2) *Проблемные семьи* - обратившиеся за консультацией к психологу в связи с неудовлетворенностью своими семейными отношениями и осознающие возможность распада семьи.

3) *Нестабильные семьи* - семьи, не преодолевающие конфликт при наличии негативной семейной ситуации и принявшие решение о расторжении брака.

Важным отличием проблемных семей от нестабильных являются цели их прихода к психологу. Члены проблемных семей хотят улучшить семейные отношения, чтобы избежать расставания. А члены нестабильных семей обращаются к психологу с целью получить психологическую помощь и поддержку в процессе развода, осуществить развод как можно безболезненнее для всех членов семьи.

Наиболее часто в работе с проблемными и нестабильными семьями встречаются следующие проблемы.

1. *Ошибочный выбор партнера.* Самыми частыми были ожидания, что муж/ жена будут напоминать отца/мать.

2. *Незавершенные отношения с родительской семьей.* Супруги, вместо того чтобы советоваться друг с другом при решении проблем, обращались за советом к своим родителям.

3. *Утрата иллюзий* (“синдром утопий”). Супруги считали, что они женились по любви и ради любви, но ожидаемого счастья не было. На самом деле в их отношениях преобладала не реальная оценка эмоциональной составляющей, а преувеличенные сексуальные фантазии. Потребность в опеке и доминировании оказывалась важнее реальных сексуальных отношений (проблема пациентов с истерическими расстройствами).

4. *Переживание растерянности.* Почему мы живем вместе? — начинали задумываться супруги. Потому что хотим этого или потому что обязаны?

5. *Супружеская измена и угроза развода* — один из наиболее частых поводов обращения к психотерапевту.

6. *Гражданский брак как попытка избежать ответственности* — юридической, финансовой и т. д. Под влиянием различных общественных организаций, в том числе феминистских, стали популярны идеи, что семья устарела, что на смену ей должен прийти гражданский брак или «пробный».

7. Среди представителей сексуальных меньшинств, наоборот, преобладают требования узаконить их браки и разрешить им усыновление детей.

В практике психосоциальной работы с семьями традиционно выделяют определенные жизненные циклы семьи:

1. Период ухаживания.

2. Фаза без детей. (От начала проживания вместе или в браке до рождения первого ребенка).

3. Экспансия. (От рождения первого ребенка до рождения последнего. Семья с маленькими детьми).

4. Стабилизация. Фаза зрелого брака. (Период воспитания детей, до того момента, когда первый ребенок покидает дом).

5. Фаза, в которой дети постепенно покидают дом.

6. “Пустое гнездо”. (Супруги снова одни после отъезда всех детей).

7. Фаза, в которой кто-то из партнеров остается один после смерти другого.

Существуют, однако, многочисленные семьи, которые не подходят ни под одну из схем (семьи с детьми, сильно отличающимися по возрасту, много раз вступавшие в брак и имеющие детей от предыдущих браков, семьи с одним из родителей, или семьи, проживающие совместно с родителями одного из супругов и т.д.).

Между стадиями существуют переходные периоды, когда перед членами семьи встают новые задачи, требующие существенной перестройки их взаимоотношений. Чтобы перейти на новую ступень своего развития, семье необходимо совершить изменения в своей структурной организации,

адаптировать к текущей ситуации основные правила семейного функционирования и выработать свой новый образ. Периоды стабилизации в точке перехода сменяются кризисными периодами.

Семейный кризис - закономерная проблемная ситуация, порождаемая саморазвитием семьи, переходом с одной стадии ее жизненного цикла на другую и предполагающая серьезные изменения одновременно с несколькими членами семьи.

Неуспешный переход может повлечь нестабильность в следующей фазе семейной жизни. Некоторые переходы для семьи сделать легче, в то время как другие представляют проблемы. Например, для одних супругов приспособление к фазе рождения детей может быть достаточно болезненным, в то время как другая молодая пара будет очень счастлива с появлением детей и сможет хорошо управлять их интегрированием в семью, но позднее может быть неуспешна в «разрешении уйти».

В соответствии с данной классификацией определяют типичные семейные проблемы и конфликты. Семейный конфликт - столкновение противоположных желаний и потребностей, интересов, целей, позиций, мнений или взглядов супругов, других членов семейного взаимодействия.

2.7.2. Психосоциальные особенности семейных нарушений и трудностей

Принято различать понятия семейных нарушений и трудностей следующим образом: Семейные трудности – это негативные, неприятные, деструктивные отношения между супругами, другими членами семьи, связанные с неудовлетворенностью базовых личных и семейных потребностей; а семейные нарушения - расстройства согласованности межличностных семейных отношений, отклонения от нормы в семейном функционировании.

Рассмотрим основные факторы, осложняющие функционирование семьи.

Прежде всего, можно выделить острые раздражители и хронические нарушения: 1) острые (в том числе и сверхсильные) и хронические раздражители. Примером первых может служить смерть одного из членов семьи, известие о супружеской измене, внезапное изменение в судьбе и социальном статусе (например, арест одного из членов семьи), внезапное и сильное заболевание; 2) к хроническим нарушениям относятся чрезмерная физическая и психическая нагрузка в быту и на производстве, сложности при решении жилищной проблемы, длительный и устойчивый конфликт между членами семьи и т. п.

Можно выделить также следующие группы трудностей, с которыми сталкивается семья: связанные с резкой сменой образа жизни семьи (жизненного стереотипа) и с суммированием трудностей, их «наложением» друг на друга. Пример первых — психологические трудности, возникающие при переходе от одного этапа жизненного цикла к другому (заключение брака и начало совместной жизни, появление ребенка, прекращение семьей

воспитательной деятельности). Такие переходы, как правило, сопровождаются довольно резким изменением образа жизни семьи. Пример вторых — необходимость практически одновременного решения ряда проблем в начале второго этапа (сразу после появления в семье первого ребенка) — завершение образования и освоение профессии, решение жилищной проблемы, первичное обзаведение имуществом, уход за ребенком. По источнику возникновения семейные трудности можно разделить на следующие группы: а) связанные с этапами жизненного цикла семьи (например, сближение идеологий родительских семей у молодоженов); б) обусловленные неблагоприятными вариантами жизненного цикла (если молодожены произошли из семей с полярно противоположными идеологиями); в) ситуационные воздействия на семью (землетрясение, война).

Через все этапы жизненного цикла проходят “нормативные стрессоры”, которые в более или менее острой форме переживают все семьи: на первом этапе жизни — сложности взаимного психологического приспособления; конфликты, возникающие при формировании взаимоотношений с родственниками при решении жилищной проблемы; на втором — задачи воспитания и ухода за ребенком, ведения трудоемкого домашнего хозяйства. Сочетание перечисленных трудностей в определенные моменты жизненного цикла семьи приводит к семейным кризисам.

Нарушения, обусловленные неблагоприятными вариантами жизненного цикла, — те, что возникают при отсутствии в семье одного из ее членов (супруга, детей). Причиной может быть развод, длительная разлука супругов, внебрачный ребенок, смерть одного из членов семьи, бездетность супругов. При всем разнообразии вариантов развития семьи отмечается ряд общих источников нарушений. Это, во-первых, функциональная пустота, т. е. ситуация, когда одна из ролей, необходимых для успешного существования семьи, никем не выполняется. Например, с уходом отца из семьи его доля в воспитании уже невосполнима. Во-вторых, могут быть трудности адаптации к самому факту, событию, породившему неблагоприятный вариант развития семьи (развод, смерть одного из членов семьи, необходимость воспитывать ребенка вне брака и др.).

К ситуационным нарушениям относятся трудности относительно кратковременные, но создающие угрозу функционированию семьи (серьезные заболевания членов семьи, крупные имущественные потери и т. п.). Значительную роль в психологическом воздействии этих трудностей играет фактор внезапности (семья оказывается неподготовленной к событию), исключительности (легче переживается трудность, затрагивающая многие семьи), а также ощущение беспомощности (члены семьи уверены, что они ничего не могут сделать для того, чтобы обезопасить себя в будущем).

2.7.3. Особенности неблагоприятных последствий воздействия семейных трудностей и проблем

Насколько для семьи значима та или иная трудность, зависит, прежде всего, от того, сколь далеко идущие неблагоприятные последствия она имеет.

Например, утрата определенной суммы денег для одной семьи - тяжелое нарушение ее жизнедеятельности, для другой - нет, в зависимости от того, какими средствами эти семьи располагают.

При рассмотрении нарушений жизнедеятельности семьи учитывается также и то, как они действуют на ее членов: как правило, в результате те или иные потребности оказываются неудовлетворенными, что тормозит развитие личности, обуславливает возникновение нервно-психического напряжения, тревоги. Одним из важных, с точки зрения семейной психотерапии, последствий нарушений является их психотравмирующее действие — неблагоприятное воздействие на психическое здоровье индивида.

Семья, столкнувшаяся с трудностью, более или менее активно противодействует ей, стремится предотвратить ее неблагоприятные последствия. Исследования показывают, что семьи реагируют на трудности весьма различно. В одних случаях трудности оказывают явно мобилизующее, интегрирующее воздействие; в других, напротив, ослабляют семью, ведут к нарастанию в ней противоречий.

Семейные проблемы - широкий круг обстоятельств, особенностей внешней социальной среды, условия жизни семьи, личностные изменения ее членов, которые затрудняют функционирование семьи, удовлетворение базовых потребностей. Психологические исследования и психотерапевтический опыт подтвердили, что развитие способности семьи к решению проблем, с которыми она сталкивается, подготовка к ним повышают стрессоустойчивость семьи.

Однако семейные проблемы имеют особый характер. Нередко их решение определяется не только интеллектуальным принятием какого-то варианта действий: может быть, необходимо определенное самоограничение каждого из ее членов, уменьшение уровня потребления, взятие на себя большей нагрузки, большее напряжение воли, улучшение взаимопонимания и т. д. Эти процессы относятся не только к семейному механизму решения проблемы, но охватывают самые различные стороны ее жизнедеятельности. Семья реагирует на трудность как целое, как единая система.

Существует понятие латентного нарушения, которое не оказывает существенного негативного воздействия на жизнь семьи в нормальных условиях, однако играет значительную роль в сложных обстоятельствах, определяя неспособность семьи им противостоять. Как в обычных, так и в необычных условиях члены семьи общаются, испытывая друг к другу определенные чувства, распределяют между собой права и обязанности и т.д. В обычных (благоприятных, а тем более «тепличных») условиях определенные нарушения во всех этих сферах оказываются вполне допустимыми: не слишком значительные нарушения взаимопонимания, умеренно выраженная конфликтность, пониженная способность членов семьи регулировать уровень своих требований друг к другу могут не оказывать значительного влияния на жизнь семьи.

Другое дело - в трудных условиях: той степени взаимопонимания и взаимной привязанности, которая существовала в семье, теперь уже

оказывается недостаточно. Вот здесь-то и возникает разница в реакции семей на трудности. В семьях, где латентных нарушений нет или они минимальны, оказывается возможной мобилизация семьи, усиление ее сплоченности, активизация совместных действий. В семьях, имеющих такие нарушения, это трудноосуществимо. Семьи без латентных нарушений в этих условиях начинают функционировать лучше, а имеющие их - хуже.

Представление о латентных нарушениях дает возможность более точно и разносторонне понять отношения между семьей и различными трудностями, которым она противостоит. В соответствии с этим представлением трудные условия не просто выступают как фактор, нарушающий те или иные стороны жизнедеятельности семьи, - они, прежде всего, выявляют латентные нарушения ее жизнедеятельности, а эти нарушения, в свою очередь, определяют реакцию на трудности.

Вопросы для повторения

Введите вопросы для повторения и усвоения материала по теме.

1. Дайте определение понятия дезадаптация личности.
2. Перечислите внешние и внутренние факторы дезадаптации личности.
3. Кратко охарактеризуйте типы поведенческих дезадаптивных реакций на стрессоры.
4. Назовите критерии адаптированности личности.
5. Перечислите виды отклоняющегося поведения.
6. Охарактеризуйте психические расстройства в форме акцентуации.
7. Назовите особенности психического развития лиц, склонных к противоправному и преступному поведению.
8. Раскройте психологические особенности химически зависимых лиц.
9. Раскройте психологические особенности инвалидизированной личности.
10. Охарактеризуйте проблемы жизненного цикла семьи.

Резюме по теме

Перед каждым человеком на протяжении всей жизни стоит задача включения в социальные отношения. Она достигается путем усвоения индивидом социального опыта и воспроизведения его в своей деятельности. В процессе социализации индивид становится личностью, приобретает необходимые для жизни среди людей знания, умения и навыки, т.е. способность общаться и взаимодействовать с другими. Это процесс зависит от множества факторов многоуровневого порядка и не всегда протекает благополучно.

Источниками внешнего социально-психологического неблагополучия могут выступать потеря работы, близких, инвалидность и хроническая болезнь, смена места жительства и привычных условий жизнедеятельности, адаптация после возвращения из мест лишения свободы, психологические последствия военных конфликтов, техногенных катастроф и т.д. Дезадаптация может быть обусловлена и причинами внутреннего порядка, выражающимися

в деформации различных личностных структур как осознаваемого, так и неосознаваемого уровня (неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушение эмоционально-коммуникативной и мотивационно-нравственной сферы, нарушение процессов саморегуляции, негативные фиксированные установки, психотравмы, комплексы).

Следствием неблагополучия процессов социализации является дезадаптация личности. Таким образом, социальная дезадаптация обусловлена соотношением причин внутреннего и внешнего характера и является основным предметом психосоциальной работы в системе социальной работы.

В связи с этим будущему специалисту в сфере социальной работы необходимо иметь представление об основных дезадаптивных реакциях личности и их последствиях: агрессии, насилии, аутоагрессии, девиантном и аддитивном поведении, суициде, психоневрологических расстройствах, психосоматических заболеваниях и т.д.

Большое значение имеет понимание психологических проблем семьи как источника дезадаптации личности: кризисов, конфликтов, трудностей, нарушений жизнедеятельности, распада. Также проявлением дезадаптации является кризисное состояние личности. В данной теме излагаются основные стадии и формы его протекания. В сферу профессиональной деятельности социального работника входит также понятие психической травмы (вследствие «трудных состояний»: одиночества, «острого горя»). В данном разделе учебного пособия описаны симптомы посттравматического расстройства, последствия психических травм детства, психологические особенности детей, переживших смерть родителей; детей из семей алкоголиков; детей, подвергшихся сексуальному насилию; детей, подвергшихся физическому насилию; детей, подвергшихся оскорблениям и унижениям.

Таким образом, психологическая характеристика представителей разных групп населения как объектов психосоциальной помощи раскрывается через призму базовой психологической категории «дезадаптация», факторов ее возникновения, видов проявления и наступающих последствий.

Тема 3. Основные методы психосоциальной работы

Цели и задачи изучения темы

Основной целью является рассмотрение основных методов психосоциальной работы, специфики их задач и особенностей применения в системе социальной работы.

Задачи:

- рассмотреть цели, содержание, этапы и методы психологического консультирования в системе социальной работы;
- рассмотреть особенности дистантного консультирования;
- изучить специфику применения методов психотерапии в системе психосоциальной работы;

- изучить особенности социально-психологического тренинга как метода практической психологии.

3.1. Психологические методы в системе социальной работы

3.1.1. Психологическая помощь как область психосоциальной работы

Понятие «психологическая помощь» отражает некоторую реальность, некую психосоциальную практику, полем деятельности, в которой является совокупность вопросов, затруднений и проблем, относящихся к психической жизни человека. Областью деятельности соответствующего специалиста является широкий круг проблем, в которых отражаются как особенности психической жизни человека - социального существа, так и особенности сообщества, в котором отражается психологическая специфика его функционирования. **Психологическая помощь** - это область и способ деятельности, предназначенные для содействия человеку и сообществу в решении широкого круга проблем, порождаемых душевной жизнью человека в социуме.

Понимание проблематики психологической помощи связано с пониманием психики как такого пространства (уровни, способы) человеческого бытия, многообразие и многогранность которого и определяют совокупность проблем в деятельности соответствующего специалиста, а именно: межличностные отношения, эмоциональные внутриличностные (как глубинные, так и ситуативные) конфликты и переживания, проблемы социализации (выбор профессии, создание семьи), проблемы персонализации (возрастные и экзистенциальные), то есть весь спектр эмоционально-смысловой жизни человека как общественного существа, наделенного психикой. Содержание психологической помощи заключается в обеспечении эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержки человеку или сообществу в ситуациях затруднения, возникающих в ходе личностного и социального бытия. Психологическая помощь включает в себя психодиагностику, психологическое консультирование, коррекцию развития, психотерапию, разнообразные тренинги, профилактику отклоняющегося поведения, профориентацию и т.д.

В глубинной основе психологической помощи обнаруживается свойственная различным уровням существования материи способность к самоорганизации, структурированию. Тот же инстинкт помощи существует и у животных. В человеческом сообществе феномен помощи существовал всегда, хотя в качестве социального института возник и оформился только к середине XX века, вызвав к жизни появление целого ряда новых профессионалов: социальный работник, психолог-консультант, психолог-психотерапевт. И это уже помимо традиционных фигур священника, пастора, психиатра и психоаналитика. Анализ многочисленной литературы по данной проблематике показывает, что нет буквально ни одной области человеческой

(личностной и общественной) жизни, в которой человек остался бы без человеческой помощи. Общий контент-анализ позволяет выделить следующие главные области применения психологической помощи:

1. Психическое (и духовное) развитие ребенка (преодоление Эдипова комплекса, удовлетворение эмоциональных запросов в обретении личностной идентичности, помощь при эмоциональных травмах и выработка устойчивых моральных норм и др.).

2. Экзистенциальные и личностные проблемы подростка (кризис психологического отделения от родителей, идентификация подростка, неполноценность, борьба за личностный и социальный статус и др.).

3. Брак и семья (добрачное консультирование, семейная и супружеская психотерапия, психологическая помощь незамужним и неженатым, разведенным, поддержка при вступлении в повторный брак).

4. Проблематика психического и личностного здоровья (традиционная превентивная и текущая помощь при психическом и соматическом заболевании, душевном страдании, алкоголизме, конфликтах и т.п.).

5. Психологическая помощь умирающему и психотерапия горя (почти совершенно отсутствующая сфера деятельности в России).

6. Проблемы пожилого возраста.

7. Места заключения, больницы, казармы, студенческие городки (проблемы личности, общее психическое состояние).

8. Психологическая помощь и поддержка в кризисных ситуациях (внезапная смерть, попытка суицида, изнасилование, измена, потеря любви и др.).

9. Школьное консультирование.

10. Профессиональное консультирование.

11. Психологическая помощь, относящаяся к кросс-культурной проблематике: проблемы в адаптации, преодоление этических предрассудков и стереотипов у эмигрантов, поддержка консультантов в работе с этническими меньшинствами.

12. Управленческое консультирование.

3.1.2. Классификация основных методов психосоциальной работы

В социальной работе активно используются психологические методы познания, прогнозирования и регулирования социального взаимодействия. Они направлены на решение задач социализации личности и совершенствование социума. Психологические методы регулирования социального взаимодействия, применяемые в социальной работе, также принято делить на индивидуальные и групповые. Существенные результаты в социальной работе дают *методы психодиагностики*, решающие многочисленные задачи изучения социально-психологических характеристик личности, коллективов, воспитательных, экономических отношений. В социальной работе широко применяются *методы оказания психологической помощи*. Одним из самых простых и доступных в понимании методов

оказания психологической помощи является *психологическое консультирование*.

Психологическое консультирование – это вид психологической помощи, заключающейся в разъяснении клиенту его психологических трудностей, коррекции неадаптивных способов поведения человека, активизации его внутренних ресурсов для личного развития и решения психологических проблем, с которыми он сталкивается в личной жизни, профессиональной деятельности, обучении и других ситуациях. Психологическое консультирование тесно связано с психотерапией.

Психотерапия (от греческого *psyche* – душа и *therapeia* – уход, лечение) – комплексное лечебное, вербальное и невербальное воздействие на эмоции, суждения, самосознание человека при многих психических, нервных и психосоматических заболеваниях. Условно различают: а) *клинически ориентированную психотерапию*, направленную преимущественно на смягчение или ликвидацию имеющейся симптоматики, и б) *лично ориентированную психотерапию*, ставящую задачей содействие (пациенту) нуждающемуся в помощи человеку в изменении его отношений к социальному окружению и собственной личности. *Методы клинической психотерапии*: гипноз, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение, рациональная терапия.

Лично ориентированная психотерапия (индивидуальная и групповая) широко использует различные варианты анализа конфликтных переживаний больного. В *индивидуальной психотерапии* решающим фактором эффективности лечебного воздействия является психотерапевтический контакт психотерапевта и больного, основанный на взаимном уважении и доверии, способности психотерапевта к сопереживанию. В качестве методов активизирующего терапевтического воздействия широко используются: а) трудотерапия, групповая психотерапия, семейная психотерапия, способствующие повышению компетентности больного в межличностных отношениях; б) совершенствования его способностей к самопознанию и саморегуляции.

Психотерапия групповая – использование закономерностей межличностного взаимодействия в группе для лечения и достижения физического и психического благополучия человека. Психологическое консультирование отличается от длительного курса психотерапии, прежде всего, временными рамками. Кроме временных различий, психологическое консультирование отличается от курса психотерапии уровнем проблем, личностных трудностей. То, с какими проблемами пришел клиент, межличностными или глубинными личностными, часто проявляется в формах обращения за помощью, в специфике жалоб и ожиданий их решения. Нуждающиеся в помощи социально-психологического плана подчеркивают негативную роль других в возникновении собственных жизненных сложностей.

У клиентов, ориентированных на глубинную психотерапевтическую проработку, полюс жалобы иной: их чаще беспокоит собственная

неспособность контролировать и регулировать свои внутренние психологические трудности. К психологическому консультированию прибегают руководители, рядовые работники, педагоги, родители, учащиеся, студенты, молодежь, семейные люди, военнослужащие и т.д. По результатам этой работы строится их индивидуальная и групповая деятельность, социально-психологическая, медицинская, профессиональная реабилитация.

Четко выраженный психологический характер носят *методы коррекции* поведения, мотивации, общения, самооценки: объект социальной работы осознает недостатки в структуре собственной личности, вырабатывает новые модели поведения и упражняется в их применении с последующим обобщением и переносом социально-психологических образований в новые условия своей жизнедеятельности. Углубленный характер по отношению к личности в целом носят *методы психотерапии*. Они ориентированы на психологические преобразования в структуре личности. **Психологические методы**, применяемые в социальной работе в форме тренинга, игр, аутогенного погружения, гипноза, суггестии и т.д., отличаются системностью и силой воздействия.

Особое место в процессе оказания психологической помощи социальным работником и поддержания психического здоровья нуждающихся в этом людей занимают социальная, социально-психологическая, профессиональная и медицинская реабилитация. **Социально-психологическая реабилитация** – это поэтапный процесс социальных, психологических, педагогических и профессиональных мероприятий, которые проводят одновременно с лечением или в те периоды, когда люди не нуждаются в лечении, но страдают от резкого изменения социальных отношений или условий жизнедеятельности и нуждаются в помощи. В случае оптимального процесса социально-психологической реабилитации наступает ремиссия и восстанавливается социальная адекватность.

Необходимым методом социальной работы выступает *психологический отбор*. Он применяется для социально-профессионального самоопределения молодежи, определения области переобучения кадров, комплектования групп. Существенные результаты в социальной работе приносят методы *психологической адаптации и реадaptации*. Они включают реципиентов в социальную деятельность так, что они лучше осознают социальную ситуацию, развивают самооценку, приспосабливаются к изменяющимся условиям жизнедеятельности. *Социально-психологический тренинг и аутотренинг* сделались довольно типичными методами социальной работы. **Социально-психологический тренинг**, один из методов активного обучения и психологического воздействия, осуществляемого в процессе интенсивного группового взаимодействия и направленного на повышение компетентности в сфере общения. **Аутогенная тренировка** (от греч. autos - сам, genos - происхождение) – психологический метод лечения, предполагающий обучение пациентов мышечной релаксации, самовнушению, развитию концентрации внимания и силы представления, умению контролировать

непроизвольную умственную активность с целью повышения эффективности значимой для субъекта деятельности. Аутогенная тренировка, являясь активным методом психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направлена на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека. Эти методы привлекают оперативным формированием социальных качеств личности, отношений и приемов деятельности. Эффект достигается, если обеспечен перенос сформированных подструктур в реальные условия учебной, трудовой и другой деятельности.

Психотерапевт, в отличие от психосоциального работника, больше ориентирован не на социально-психологическое окружение, а на глубинные пласты психики, включая сферу бессознательного. Классическим методом психотерапии являются 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, социоцентрическая психотерапия направлена на решение проблем социальной адаптации личности, на гармонизацию системы межличностных отношений, что в свою очередь можно отнести к области психосоциальной работы. Применение тех или иных методов нозоцентрической, антропоцентрической и социоцентрической психотерапии, а также их возможное сочетание зависит от состояния клиента, переживающего посттравматический стресс и его индивидуально-психологических особенностей. Широкое место в психосоциальной работе социального работника занимают и методы психокоррекции.

Психокоррекция - это система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия. (Осипова, 2000). При этом подчеркивается, что исправляемые недостатки не являются столь тяжкими, чтобы признать их носителя психически больным человеком, и они не имеют также органической основы, относятся к тем качествам или свойствам, которые способны меняться. Данное определение подходит и для западных психотерапевтических направлений, и для работы с задержками, нарушениями развития высших психических функций.

3.2. Содержание и специфика психологического консультирования в системе социальной работы

3.2.1. Сущность и специфика психологического консультирования

В профессиональной деятельности специалистов по социальной работе большое значение имеет непосредственное целенаправленное психологическое воздействие на клиента. Среди различных способов подобного воздействия ключевая роль принадлежит психологическому консультированию. Оно является важным неотъемлемым элементом в любой из сфер социальной работы с различными категориями клиентов. Психологическое консультирование — один из эффективных методов психологического воздействия на человека с целью оказания профессиональной помощи в решении конкретных проблем. Психологическое консультирование связано с другими формами активного воздействия на личность (психологической коррекцией, психотерапией и др.). Специфика психологического консультирования состоит в непосредственном двустороннем целенаправленном общении консультанта с клиентом, как правило, протекающем в форме доверительной индивидуальной беседы.

Консультирование предназначено для оказания психологической помощи практически здоровым людям, испытывающим различные затруднения при решении жизненных задач. Психокоррекционное же или психотерапевтическое воздействие ориентировано на решение глубинных личностных проблем человека, лежащих в основе большинства жизненных трудностей и конфликтов. Умение консультировать является показателем профессионального мастерства специалиста по социальной работе. В системе мероприятий по социальной защите населения психологическое консультирование в перспективе может стать одним из наиболее частых видов оказания профессиональной помощи. К его преимуществам относятся: сравнительная простота, экономичность, возможность оказания непосредственной экстренной помощи. Спецификой психологического консультирования является акцент на диалогичности, на циркуляции информации, на информационном обмене между психологом-консультантом и теми людьми, относительно которых используется психологическое консультирование.

В рамках психологического консультирования также выделяют форму групповой работы с клиентами - групповое психологическое консультирование, но специфика работы с клиентом здесь иная, чем в социально-психологическом тренинге. Работа с группой здесь обусловлена, во-первых, тем, что она является более экономичной, так как позволяет одновременно оказывать помощь большому количеству людей, испытывающих одинаковые сложности. Во-вторых, группа здесь рассматривается как проводник влияния психолога-консультанта, речь не идет о самостоятельном значении процессов групповой динамики, они могут даже рассматриваться как помеха деятельности консультанта.

Следует отметить, что в зависимости от сферы своих научных интересов разные отечественные психологи по-разному выбирают исходную точку отсчета в психологическом консультировании. Так Ю.Е. Алешина (1993), социальный психолог, делает акцент на анализе и преобразовании межличностных отношений клиента, его установок на межличностные отношения. А Н.Н. Обозов (1993) за исходную точку работы с клиентом берет личностное тестирование. Начинать работу с трудностями в общении у клиента ему легче с анализа особенностей его характера, темперамента. И тот, и другой путь оправдан и интересен. Психологическое консультирование может быть сферой практического применения достижений как социальной, так и общей или, скажем, возрастной психологии.

Полагаем, что термин «психологическое консультирование» более применим к ситуациям диалога, откровенного обсуждения, субъект-субъектного общения. Термин же «психокоррекция» более применим к ситуациям спланированного воздействия, когда специалист, оказывающий воздействие, не полностью открыт клиенту, их общение не носит характера откровенного диалога, отношения имеют оттенок субъект-объектности. Полагаем также, что психологическое консультирование более может быть ориентировано на урегулирование отношений клиента с другими людьми, а психокоррекция - на решение внутренних проблем клиента. Однако когда мы обсуждаем реальный процесс работы с клиентом, трудно определить, где заканчивается психокоррекция и начинается психологическое консультирование.

Поэтому в ситуации реального анализа работы по оказанию воздействия не будет серьезным нарушением рассматривать эти термины как синонимы. Заметим, что слово «психокоррекция» чисто русское. В западной психологии этот термин не используется. В отечественной литературе в последнее время появилось новое словосочетание для обозначения психотерапии в том смысле, в котором это слово понимается на Западе, - «немедицинская психотерапия». Основные отличия психологического консультирования от психокоррекции и психотерапии, отражающие сущность указанного метода оказания психологической помощи, состоят в следующем:

1. Более широкая сфера применения по сравнению с клинической практикой, обращенность к проблемам психически здоровых людей. Психологическое консультирование стало использоваться в образовании, менеджменте и промышленности, для решения индивидуальных и семейных проблем.

2. Ориентация на более широкое использование данных, полученных в эмпирических исследованиях, организованных по экспериментальному плану, с использованием для анализа результатов методов математической статистики.

3. Работа преимущественно с ситуационными проблемами, решаемыми на уровне сознания, в отличие от ориентации на глубинный анализ проблем и работу с бессознательным в психотерапии.

4. Большая субъект-субъектность, диалогичность общения психолога-консультанта и клиента. Подразумевается, что клиент - здоровый человек, которому можно делегировать больше ответственности за свою жизнь.

5. Ориентация на здоровые стороны личности клиента, отказ от концепции болезни в процессе работы с ним, признание прав клиента на большую вариативность поведенческих реакций и психических состояний как здоровых, а не болезненных явлений.

6. Ориентация на большую активность и самостоятельность клиента в процессе работы с ним, пробуждение внутренних ресурсов человека.

7. Допустимость в психологическом консультировании более широкого спектра разнообразных профессиональных моделей деятельности психолога-консультанта, чем в психотерапии.

Теперь вслед за Ю.Е. Алешиной (1994) рассмотрим конкретные процедурные отличия психологического консультирования от психотерапии:

1. *Отличия, связанные с характером жалобы клиента.* В случае психологического консультирования клиент жалуется на трудности в межличностных отношениях или осуществлении какой-либо деятельности. В случае, ориентированном на психотерапию, клиент жалуется на невозможность контролировать себя.

2. *Отличия, связанные с процессом диагностики.* В психологическом консультировании диагностика преимущественно направлена на события настоящего и недалекого прошлого. При этом значительное внимание уделяется конкретному поведению, межличностным отношениям. В значительной части психотерапевтических подходов диагностика преимущественно направлена на события далекого детства и юности (вероятное время получения психологической травмы). Значительное внимание также уделяется анализу бессознательного: исследуются сны, ассоциации.

3. *Отличия, связанные с процессом оказания воздействия.* Основой психологического консультирования является, прежде всего, изменение установок клиента на других людей и на различные формы взаимоотношений с ними. Следующим этапом работы является изменение поведения клиента. В значительной части психотерапевтических подходов гораздо большее внимание уделяется взаимоотношениям между клиентом и психотерапевтом, анализ которых в терминах переноса и контрпереноса является одним из важнейших средств углубления и расширения возможностей воздействия, тогда как для консультирования это может даже выступать как нежелательное побочное явление, затрудняющее работу. *Перенос* - склонность клиента переносить (проецировать) на специалиста, оказывающего воздействие, и свои отношения с ним, и свои отношения со значимыми людьми, основные проблемы и конфликты. *Контрперенос* - склонность специалиста, оказывающего воздействие, проецировать свои отношения со значимыми людьми, основные внутренние проблемы и конфликты на отношения с клиентом.

4. *Отличия, связанные со сроками работы.* Психологическое консультирование чаще всего является краткосрочным и редко превышает 5-6 встреч с клиентом. Психотерапия зачастую ориентирована на десятки, а то и сотни встреч в течение ряда лет.

5. *Отличия, связанные с типом клиентов.* Клиентом в психологическом консультировании может быть практически любой человек. Большинство направлений психотерапии ориентировано на невротиков с высоким уровнем развития склонности к самонаблюдению и самоанализу, способных оплачивать часто дорогой и длительный курс лечения, обладающих для этого достаточным количеством времени и мотивацией.

6. *Отличия в требованиях к уровню подготовки специалиста, оказывающего воздействие.* Психологу-консультанту необходим психологический диплом (удостоверяет его знание достижений научной психологии) и некоторая дополнительная специальная подготовка в области теории и практики психологического консультирования, которая может быть не особенно длительной. Практическая подготовка будущего психолога-консультанта подразумевает наблюдение за работой опытного психолога-консультанта (лучше нескольких) и самостоятельный опыт работы под наблюдением опытного психолога-консультанта с последующим анализом деятельности. Психотерапевт не сильно привязан к психологическому диплому (многие психотерапевты выросли из медицинской среды или из сфер, гораздо более далеких от психологии). Ему необходимо получить документ, удостоверяющий его право работать в рамках того направления психотерапии, которое он избрал. В отличие от психолога-консультанта психотерапевту в большинстве направлений необходим длительный опыт собственной психотерапии (для того чтобы понять, что ощущает клиент во время работы с ним, разбираться в особенностях своего контрпереноса) и длительный период самостоятельной работы под наблюдением опытного руководителя.

Цели и задачи психологического консультирования. Для того чтобы осознанно продвигаться в каком-либо виде деятельности, нужно предварительно определить свою цель, а затем спланировать эту деятельность, наметив задачи, последовательное осуществление которых приведет к желаемой цели. Это верно и для психологического консультирования. Цели и задачи психологического консультирования можно определять по-разному - в зависимости от того подхода к психологическому консультированию, в рамках которого мы предпочитаем работать.

Ю.Е. Алешина (1994) основную цель психологического консультирования определяет как оказание психологической помощи человеку в решении его проблем и налаживании взаимоотношений с окружающими.

Применительно к этой цели выдвигаются следующие задачи.

Выслушивание клиента, в результате чего должно расшириться его представление о себе и собственной ситуации, возникнуть пища для размышлений.

Облегчение эмоционального состояния клиента, т.е. благодаря работе психолога-консультанта клиенту должно стать легче.

Принятие клиентом ответственности за происходящее с ним. Имеется в виду, что в ходе консультации локус жалобы клиента должен быть переведен на него самого, человек должен ощутить свою ответственность и вину за происходящее, только в этом случае он будет действительно стараться измениться и изменить ситуацию; в противном случае он будет лишь ожидать помощи и изменений со стороны окружающих. Программа-минимум здесь - показать клиенту, что он сам отчасти способствует тому, что его проблемы и отношения с людьми носят такой сложный и негативный характер.

Помощь психолога в определении того, как и что именно можно изменить в ситуации.

Взглянув на приведенный выше список задач, нетрудно заметить, что вторая и третья задачи противоположны друг другу. Если мы захотим облегчить эмоциональное состояние клиента, то невольно начнем говорить о том, что он не виноват в том, что так случилось, что нельзя приписывать себе так много ответственности за происходящее; не все от нас зависит, всем людям свойственно ошибаться. И наоборот, если мы захотим побуждать клиента к принятию ответственности за все, что с ним происходит, то заметим, что это неминуемо приводит одновременно и к ухудшению его эмоционального состояния. Психолог-консультант вынужден балансировать между двумя полюсами, задаваемыми этими задачами. В каждом конкретном случае он должен самостоятельно решать, какая из этих задач более актуальна. Бывают ситуации, когда тему ответственности и вины с клиентом обсуждать вообще не следует, например, если клиент перенес серьезную утрату. Здесь необходимо скорректировать неадекватные представления, снять груз вины, ответственности.

А.Ф. Копьев (1991) свой подход к консультированию назвал диалогическим. Целью работы с клиентом в рамках этого подхода, как это видно из работ А.Ф. Копьева, является достижение высших степеней диалогического общения, когда можно зафиксировать момент самообнаружения личности в максимально искреннем обсуждении значимых личностных проблем. Обсуждение становится при этом исследовательским полем, позволяющим прикоснуться к наиболее глубинным и интимным закономерностям внутренней жизни и межличностного общения.

Первой задачей на пути к этому является достижение «диалогического прорыва», т.е. момента, когда происходит преодоление болезненной самозамкнутости личности в отношении существенных сторон бытия. Признаками самозамкнутости являются страх самораскрытия, дискомфорт от ощущения того, что придется перейти к общению, более глубокому, более личностному, возможно, измениться в процессе этого общения. Человек боится динамики внутри своей личности и вне нее, он почти потерял пластичность. Он держится за свою усвоенную в процессе жизни ригидность и боится ее потерять. Психолог же, будучи готовым к диалогу, побуждает к нему клиента. Состояние самозамкнутости у клиента должно смениться состоянием

диалогической интенции - готовности серьезно и с полной самоотдачей обсуждать и решать свои проблемы здесь и сейчас, с данным консультантом. Состояния закрытости, самозамкнутости являются состояниями *блокады диалогической интенции*. Примером такой блокады может быть и повышенная говорливость.

А.Ф. Копьев описал несколько типичных и не всегда распознаваемых начинающими психологами форм блокады диалогической интенции:

1. *Психологическая интоксикация*. Выглядит как совершенно непродуктивный, рассуждательный интерес к психологии и психотерапии. Осознание и подача себя в понятиях тех или иных психологических концепций становится эффективным средством избежать ответственности за свою жизнь, вывести свое поведение из зоны действия нравственных категорий. Сродни обыденному объяснению: «Среда заела». Подлинные обстоятельства жизни, поступки, мысли, чувства оказываются более или менее зашумленными психологическим диагнозом. Человек отказался от своей воли. Обращение к консультанту выполняет защитную функцию: позволяет клиенту ничего не менять, снимая с него ответственность за нелепости и неустройства его жизни, но при этом отражает подспудную неудовлетворенность и тревогу за то, что происходит в его судьбе.

2. *Эстетизация личностных проблем*. Человек воспринимает свои проблемы, невзгоды и комплексы как эстетическую ценность, как нечто, что сообщает его личности значительность и глубину. Это связано и с повсеместным распространением кино и телевидения – «фабрики грез». В результате одержимый другим, двойником человек не может жить для себя. Клиент говорит об «этапах большого пути», сообщает, что «это материал для романа», становится как бы невменяемым, в стороне от себя самого.

3. *Манипуляция-пристрастие*. Клиент фиксирован на манипуляции другими людьми, его жизнь - активный поиск путей для достижения поставленных целей в отношении тех или иных людей из своего окружения. Желанная цель настолько захватывает клиента, что ставит его как бы вне этики. В психологе такой клиент ищет инструктора, который бы научил его совершенным техникам манипулирования. В основе такого поведения, как правило, лежит глубокая разочарованность, отчаяние. Клиент не верит, что люди способны принять и полюбить его таким, какой он есть на самом деле, поэтому прибегает к манипуляции.

В качестве одного из способов работы с ситуациями блокады диалогической интенции А.Ф. Копьев предлагает использовать молчание. Консультант должен сохранять «душевную автономию» и не включаться в предлагаемую клиентом игру. Принципиальный дефицит значимых реакций психолога по отношению к высказываниям и реакциям клиента, которые носят искусственный, игровой характер, создает между ними как бы свободное пространство, побуждающее клиента к самораскрытию и самоопределению.

3.2.2. Принципы психологического консультирования

Принцип - основа, начало, исходное положение какой-либо теории, учения; руководящая идея, основное правило деятельности. Принципы психологического консультирования - правила работы, возникшие из опыта практической деятельности людей в этой области. Проведем первоначальный анализ основных закономерностей, которые могут быть положены в основу теории консультирования. Наиболее важным принципом является представление о непрерывном процессе формирования и развития личности на протяжении жизненного пути. Оно было выдвинуто и обосновано в гуманистическом направлении современной психологии и психотерапии крупнейшими его представителями Карлом Роджерсом и Эриком Эриксоном. Такой подход предполагает, что процесс личностного роста может быть продолжен и возобновлен в любых сложных ситуациях, даже таких, которые кажутся неразрешимыми. Каждая нормальная личность обладает достаточными внутренними ресурсами для преодоления возникших задержек психологического роста и отставания в развитии. Другими словами, у каждого человека имеется внутренний потенциал непрерывного развития, независимый от внешних условий жизни.

Дополняет вышеизложенный принцип концепция сензитивных и кризисных периодов развития личности. В наиболее развернутом виде эта концепция представлена в трудах Э. Эриксона. Он описал восемь психосоциальных кризисов, которые неизбежно наиболее должен преодолеть человек в течение жизни. От исхода кризиса (благоприятного или неблагоприятного) зависит возможность дальнейшего гармоничного развития личности, или же существенной ее деформации. Именно в эти периоды может оказаться особенно полезной профессиональная помощь психолога-консультанта. С изложенным выше принципом сензитивных и кризисных периодов развития личности тесно взаимосвязаны представления о стрессовых и экстремальных состояниях человека, а также способах их преодоления. В современном понимании стресс — это процесс приспособления к обстоятельствам, которые представляют угрозу или нарушают психологическое равновесие человека.

В проблематике стресса важное самостоятельное место занимают так называемые кризисные (экстремальные) состояния. Это, по существу, экстраординарные случаи (единичные чрезвычайные происшествия) в жизни человека. К ним относятся: смерть близких, внезапная тяжелая болезнь или травма, столкновение со стихийным бедствием, физическим насилием, участие в боевых действиях и др.). Среди других принципов работы консультанта важно отметить следующие:

1. *Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту.* В истории отдельной культуры или всего человеческого сообщества могут наступать такие времена, когда типичной формой отношения одного человека к другому становится недоброжелательность. Недоброжелательность следует рассматривать как невротический защитный механизм, возникающий у

человека в качестве реакции на попытку оскорбить его, унижить, лишить человеческого достоинства.

Человек защищается от травмирующих переживаний, связанных с такого рода систематическими воздействиями, через идентификацию, отождествление себя с обидчиком, агрессором, недоброжелателем. В результате он сам становится недоброжелателем, обидчиком, агрессором. Позиция недоброжелателя, обидчика, агрессора как бы узаконивается, признается единственно правильной. Подобного рода защитные механизмы могут возникать в массовом масштабе в сообществах, которые переживают серьезные потрясения, когда требуется максимальная концентрация усилий многих людей на одном. Уникальность, личность человека как бы игнорируется, не замечается. На первый план выходит то, насколько человек способен осуществлять некую узкую функцию - роль солдата, исполнителя приказов. Отсюда недоброжелательность ко всему «не имеющему отношения к делу», ко всему личностному, уникальному, субъективно важному как внутри себя, так и в других людях.

С доброжелательностью тесно сплетается безоценочное отношение к человеку. Это значит, что, общаясь с человеком, мы не выдвигаем по отношению к нему условий ценности. Практика показывает, что люди, как правило, разочаровываются, когда в психологической консультации вместо психолога они сталкиваются с идеологом-педагогом на общественных началах, объясняющим людям, как им надо жить. Такого рода помощи вокруг и так много. Интуитивно они ищут чего-то принципиально нового, того, что поможет им самим решить свои проблемы.

2. *Ориентация на нормы и ценности клиента.* Этот принцип означает, что психолог во время работы ориентируется не на социально принятые нормы и правила и не на те нормы и ценности, которые симпатичны ему лично, а на те жизненные принципы и идеалы, носителем которых является клиент. Он центрирован на клиенте, а не на своих правилах. Люди ценят свою автономию, уникальность и склонны противостоять попыткам расправиться с этими свойствами своей природы. В предлагаемых вариантах улучшения жизни он должен видеть реализацию своих ценностей, желаний, своих представлений о правильном поведении в этом мире. На более поздних этапах работы с клиентом, когда будет установлено доверие, психолог-консультант может сделать ценности и идеалы клиента объектом своего воздействия в том случае, если они являются препятствием на пути нормального функционирования человека. Естественно, что это предполагает уже высокую степень осознания клиентом того, что на данном этапе его ценности и идеалы являются препятствием на пути личностного роста и эффективного функционирования в окружающем мире.

3. *Осторожное отношение к советам.* Ю.Е. Алешина (1994) формулирует этот принцип более строго - как запрет давать советы вообще. В пользу этого она приводит следующие аргументы:

1) Гарантированный совет другому дать невозможно: жизнь каждого уникальна и непредсказуема.

2) Советуя, консультант берет на себя ответственность за происходящее, что не способствует развитию личности консультируемого и его адекватному отношению к действительности; у клиента формируется пассивное и поверхностное отношение к происходящему.

3) Любые неудачи в реализации совета обычно приписываются консультанту как давшему совет авторитету, что, естественно, мешает пониманию клиентом своей роли в происходящих событиях.

В дополнение к этому В.В. Столин (1981) выдвигал в пользу отказа от конкретных рекомендаций в процессе психологического консультирования следующие аргументы:

1) До прихода в психологическую консультацию клиент имел гораздо больше времени для рационального осмысления своей ситуации, чем имеет психолог; на этом фоне совет психолога чаще всего будет выглядеть как скороспелый.

2) Хотя клиент и обращается в консультацию чаще всего за советом, он может неосознанно бояться именно прямых советов, ведь принять такой совет - значит в какой-то степени признать себя некомпетентным в собственной жизни.

Однако другие авторы полагают, что в определенных случаях совет в психологическом консультировании приемлем и оправдан. Так А.Ф. Копьев (1991) считает, что особенно на начальных этапах консультирования допустимо советовать, так как это вполне органично жанровой природе разговора, и избегание советов со стороны консультанта сделало бы общение искусственным. Совет может выступать здесь в роли: а) поддержки, сочувствия клиенту; б) наиболее удобной актуализации в сознании клиента нравственных норм; в) индикатора для обнаружения клиентом игнорируемых форм поведения.

Н.В. Самоукина (1997) полагает, что советовать в психологическом консультировании можно в случаях, если: а) клиент находится в кризисной, опасной для его жизни ситуации и в данный момент не способен принимать решения; б) клиент закрыт для диалога, а его действия наносят психологический ущерб близким; совет психолога в этом случае может быть изложен в директивной форме, буквально как предписание, рецепт; в) если клиент активен, действует и нуждается только в квалифицированной информации типа «как делать».

Ошибкой Н.В. Самоукина считает стремление психолога-консультанта обязательно дать полезный совет, поскольку совет сбивает внимание клиента с анализа самого себя, закрывается движение клиента по пути к самому себе. Она полагает, что если клиент открыт для диалога, то следует воздерживаться от совета. Таким образом, мы видим, что психологи-консультанты пытаются в той или иной форме ограничивать себя от дачи советов, и если все-таки приходится их давать, то делают это сознательно, отслеживая психологический смысл данного консультативного действия и соизмеряя его результаты со своими консультативными целями. Они имеют четкое представление о желательных и нежелательных последствиях советов в

психологическом консультировании и регулируют свою деятельность по даче советов в соответствии с этими представлениями и последствиями советов в каждом конкретном консультативном случае. Это называется осторожным отношением к советам.

4. *Разграничение личных и профессиональных отношений.* Здесь имеется в виду, что психологу-консультанту не рекомендуется переходить с клиентом на дружественные отношения и пытаться оказывать профессиональную помощь своим друзьям и близким. Это связано с явлениями переноса и контрпереноса. Человеческие отношения находятся под влиянием внутренних, личностных потребностей человека, которые он чаще всего не осознает и которые проявляются в феномене переноса. Установление тесных личных отношений между консультантом и клиентом приводит к тому, что они как близкие люди начинают удовлетворять те или иные эмоциональные потребности и желания друг друга и консультант уже не может сохранять объективную и отстраненную позицию, необходимую для эффективного разрешения проблем клиента. Крайним вариантом такой ситуации являются сексуальные отношения, которые несовместимы с консультированием. В такой ситуации консультирование лучше переадресовать другому консультанту. Консультирование друзей и близких опасно тем, что может разрушить типичные формы межличностных отношений и отдалить людей друг от друга.

5. *Включенность клиента в процесс консультирования.* Клиент во время приема должен чувствовать себя максимально включенным в беседу, ярко и эмоционально переживать все, что обсуждается с консультантом. Для этого необходимо следить за тем, чтобы: а) развитие разговора выглядело для клиента логичным и понятным; б) клиенту было интересно. Ю.Е. Алешина (1994) в свое время сформулировала еще один принцип - *анонимность*. Имеется в виду, что любая информация, сообщенная клиентом психологу, не может быть передана без согласия клиента ни в какие общественные или государственные организации, частным лицам, в том числе родственникам и друзьям. Однако за последнее время выяснилось, что это правило может иметь исключения. Психолог в ряде случаев должен иметь право разглашать информацию, полученную от клиента, например, в случае угрозы жизни и здоровью кого-либо.

3.2.3. Этические аспекты психологического консультирования

А.Б. Кочюнас (1999), проанализировав зарубежную литературу, сформулировал следующие принципы этического поведения в психологическом консультировании:

1. Консультант ответствен в своей работе: перед своим клиентом, перед членами семьи клиента, перед организацией, в которой он работает, вообще перед общественностью, перед своей профессией.

2. Клиент должен принять решение о своем вступлении в процесс психологического консультирования осознанно, поэтому до начала процесса консультирования консультант обязан во время первой встречи предоставить

клиенту максимум информации о процессе консультирования: об основных целях консультирования, о своей квалификации, об оплате за консультирование, о приблизительной продолжительности консультирования, о целесообразности консультирования в данной ситуации, о риске временного ухудшения состояния клиента в процессе консультирования, о границах конфиденциальности. Важно заранее согласовать с клиентом возможности аудио- и видеозаписи, наблюдения через зеркало одностороннего видения, присутствие на консультации других лиц (стажеров, студентов). Без согласия клиента это исключается.

Правила конфиденциальности.

Информацию о клиенте можно использовать только в профессиональных целях. Информация эта должна использоваться только для блага клиента.

Материалы консультативных встреч в форме, в которой они не могут причинить вреда интересам клиента, консультант может использовать в своей профессиональной научной или преподавательской деятельности. Они не подпадают под требование конфиденциальности.

Ориентируясь на право клиента, на доброе имя и сохранение тайны, консультант в определенных случаях может не предоставлять информацию о клиенте правоохранительным органам, если этим не нарушаются права третьих лиц.

Конфиденциальность ограничена правом консультанта на сохранение собственного достоинства и безопасность своей личности.

Конфиденциальность ограничена правами третьих лиц и общественности.

Р. Кочюнас (1999) приводит примерный список обстоятельств, при которых требование конфиденциальности может быть нарушено: 1) Преступные действия (насилие, развращение, инцест и подобные), совершаемые над несовершеннолетними. 2) Необходимость госпитализации клиента. 3) Участие клиента и других лиц в распространении наркотиков и прочих преступных действиях. 4) Повышенный риск для жизни клиента или других людей. Выяснив в процессе консультирования, что клиент представляет для кого-то серьезную угрозу, консультант обязан:

принять меры для защиты потенциальной жертвы или жертв;

проинформировать об опасности ее саму (или их);

проинформировать родителей или близких этого человека,

проинформировать правоохранительные органы.

Консультант также должен сообщить клиенту о своих намерениях.

3.2.4. Организация и формы психологического консультирования

Показания к психологическому консультированию. Существуют три типичных повода для проведения психологической консультации: — самостоятельное обращение клиента к психологу за помощью; — приглашение клиента на консультацию психологом; — направление клиента на консультацию администрацией. Первый вариант является наиболее

благоприятным для эффективной работы с клиентом. Это связано с высокой мотивацией и наличием осознанной проблемы, с которой человек обращается к психологу. Для увеличения доли самостоятельных обращений должна быть налажена система информирования населения о возможности получения психологической консультации. Второй вариант обусловлен необходимостью профилактической работы с различными категориями населения, находящимися на учете органов социальной защиты. Особенностью консультирования в таких случаях является необходимость предварительного формирования мотивации к работе, снятие возможного напряжения и беспокойства. Третий вариант наиболее сложен для работы психолога. В данной ситуации психолог выступает в роли посредника, возможно в конфликтной ситуации. Администрация рассчитывает на помощь социального работника в нормализации состояния и поведения клиента, предотвращении назревающих отклонений и срывов. Для успешного решения задач консультирования в этом случае необходима соответствующая предварительная подготовка, формирование мотивации, снятие негативных установок по отношению к работе с психологом. При отсутствии мотивации клиента к работе с психологом проведение эффективной консультации невозможно.

Условия проведения психологической консультации. Консультация проводится в отдельном изолированном помещении, гарантирующем конфиденциальность общения. Во время консультации помещение должно быть недоступно для неожиданных вторжений посторонних лиц. Предпочтителен специально оборудованный отдельный кабинет, защищенный от шума, внешних помех, телефонных звонков, обеспечивающий комфортный температурный режим и равномерную освещенность. Целесообразно иметь специальное оборудование для создания цветового и звукового фона (диапроектор со слайдами, магнитофон с записями функциональной музыки). Дизайн кабинета должен располагать к доверительному неформальному общению. Желательно иметь удобную мягкую мебель, а также стол и необходимые принадлежности для психологического тестирования, включая компьютер и соответствующее программное обеспечение. При проведении беседы психолог-консультант и клиент располагаются в креслах или на стульях лицом друг к другу на небольшом расстоянии. Следует избегать ситуаций, когда консультант и клиент разделены столом или чем-либо подобным. Консультанту желательно не принимать закрытых, скованных поз (скрещенные руки, положение «нога на ногу»), поскольку это передает напряжение клиенту. Во время работы полезно возможно чаще смотреть в лицо собеседнику, обеспечивая «контакт глаз». При проведении консультации психологу следует избегать курения, приема пищи, каких-либо посторонних дел, отвлекающих внимание от клиента.

Продолжительность одной консультации варьирует от одного до полутора часов. Нецелесообразно делать перерывы во время консультации. Результаты консультации регистрируются в специальных формах учетной документации. Психолог может вести рабочие записи во время консультации,

если это не мешает основной работе и не вызывает возражений клиента. В протоколе консультирования должны быть отражены: 1) паспортные данные, 2) информация о семье, 3) состояние здоровья, 4) кем направлен на консультацию, 5) заявленная клиентом психологическая проблема, 6) результаты тестирования, 7) предварительный и уточненный психологический диагноз, 8) формы и методы консультации, 9) проработанные проблемы, 10) результаты консультации, 11) поведение человека в процессе беседы и его отношение к работе, 12) личные впечатления психолога о клиенте, 13) ошибки и промахи консультанта, 14) направления дальнейшей работы с клиентом, другие необходимые сведения.

Классификация форм психологического консультирования.

Психологическая консультация может проводиться в индивидуальной и групповой формах. Групповые консультации организуются после предварительных индивидуальных консультаций для клиентов со сходными психологическими проблемами. Индивидуальные консультации делятся на: однократные и многократные; консультации по личному обращению; в результате вызова, направления; без дополнительного тестирования, с дополнительным тестированием; без привлечения методов психологической коррекции и с привлечением этих методов; изолированные и комбинированные с другими методами психологической помощи (например, социально-психологический тренинг в промежутках между консультациями). Консультации классифицируются по характеру решаемых задач (основных и дополнительных), в частности, на информирующие, проблемно-ориентированные, развивающие, корректирующие и другие. Кроме того, возможно выделение различных видов консультаций в зависимости от теоретического подхода, в рамках которого работает психолог-консультант (когнитивная психология, бихевиоризм, гуманистическая психология, психоанализ и другие).

В Психотерапевтической энциклопедии (1999) описаны следующие виды психологического консультирования. *1. Проблемно-ориентированное консультирование.* Акцент здесь делается на модификации поведения, анализе внешних причин проблемы. Цель работы с клиентом: формирование и укрепление способности клиента к адекватным ситуации действиям, овладение техниками, позволяющими улучшить самоконтроль. Много приемов, используемых в рамках этого направления, взято из поведенческой терапии. *2. Личностно-ориентированное консультирование.* Основано на анализе индивидуальных, личностных причин проблемы, процессе складывания деструктивных личностных стереотипов, предотвращении подобных проблем в будущем. Консультант здесь принципиально воздерживается от советов и организационной помощи, так как это уводит в сторону от внутренних, глубинных причин проблемы. Прежде всего, сюда следует отнести техники гештальттерапии, гуманистической психотерапии. *3. Решение-ориентированное консультирование.* Упор здесь делается на активацию собственных ресурсов клиента для решения проблемы. Представители этого подхода обращают внимание на тот факт, что анализ

причин проблемы неминуемо приводит к усилению чувства вины у клиента, что является препятствием к сотрудничеству психолога-консультанта и клиента. Много приемов, используемых в рамках этого подхода, взято из краткосрочной позитивной терапии.

Р.В. Овчарова (2000) выделяет шесть бинарных оппозиций, в соответствии с которыми можно составить целый калейдоскоп видов психологического консультирования: Индивидуальное и групповое консультирование. Групповое психологическое консультирование чаще всего организуется после предварительных индивидуальных консультаций для клиентов со сходными психологическими проблемами или если все они являются членами одной системы межличностных отношений (например, семьи). Однократные и многократные консультации. Консультации по личному обращению - консультации в результате вызова, направления. Без дополнительного тестирования и с дополнительным тестированием. Без привлечения методов психологической коррекции (доведение до клиента имеющей отношение к его проблемам психологической информации) и с привлечением этих методов. Консультации, изолированные и комбинированные с другими методами психологической помощи (например, социально-психологический тренинг между консультациями).

Кроме этого выделять виды психологического консультирования можно по характеру решаемых задач: возрастно-психологическое, профессиональное, психолого-педагогическое, семейное и др. В качестве основания для выделения видов психологического консультирования можно использовать и характер теоретического подхода, в котором работает психолог-консультант: когнитивная психология, бихевиоризм, гуманистическая психология, психоанализ.

Можно также использовать в качестве основания для выделения внутри психологического консультирования видов степень *непосредственности* или *опосредованности контакта* между психологом-консультантом и клиентом. В этом плане можно говорить об *очном консультировании*, консультировании на телефоне доверия, консультировании посредством *дистантного письма*, консультировании посредством написания популярных книг по психологии или открытых ответов психологов на письма читателей в популярных изданиях. Все перечисленные выше формы психологического консультирования, кроме очного психологического консультирования, можно объединить единым понятием - *дистантное психологическое консультирование*.

Консультативная психология трактуется как раздел знания, содержащий систематическое описание процесса оказания психологической помощи (консультирования). Консультативная психология исходит из представления о том, что с помощью специально организованного процесса общения у обратившегося за помощью могут быть актуализированы дополнительные психологические силы и способности, которые в свою очередь, могут обеспечить отыскание новых возможностей выхода из трудной жизненной ситуации. Одним из оснований для классификации

консультативного процесса является пространство, пространственная организация консультации. С этой точки зрения можно выделить два вида консультирования: 1. *Контактное* (когда психолог-консультант встречается с клиентом, происходит беседа лицом к лицу, то, что называется в зарубежной литературе "face-to-face counseling" . 2. *Дистантное* консультирование, которое подразделяется на телефонное и письменное. Синонимом 1-го вида консультирования является "очное консультирование", 2-го - "заочное". Контактному консультированию в России уже посвящен ряд серьезных работ. Дистантное консультирование и особенно консультативная переписка пока незаслуженно остаются в тени.

3.2.5. Этапы процесса психологического консультирования

Подготовительный этап консультирования. На данном этапе устанавливается график и очередность консультирования. Консультант по возможности осуществляет сбор информации о будущих клиентах, проводит предварительные беседы с официальными лицами (воспитателями, преподавателями) и людьми из ближайшего окружения клиента. При необходимости психолог подбирает и готовит методики для дополнительного психодиагностического тестирования клиента. В результате анализа полученной информации консультант составляет предварительный план работы, намечает наиболее эффективные методы психологического воздействия и стиль общения с клиентом.

Основной этап консультирования. Основной этап консультирования — это беседа психолога с клиентом. Она представляет собой естественный непрерывный процесс, мягко и тактично контролируемый и направляемый консультантом. В развернутом виде основной этап включает несколько обязательных стадий (фаз), переходящих друг в друга. Первая фаза — психологическая настройка консультанта. Она начинается задолго до приглашения клиента в кабинет и завершается с первыми словами взаимных приветствий. В течение первой фазы психолог освежает в памяти всю сумму сведений об очередном, клиенте, намеченный на предварительном этапе план и оптимальный стиль консультирования. Вторая фаза — взаимные приветствия будущих собеседников и их представление друг другу. Первое, что должен сделать консультант после приветствия — предложить человеку сесть и чувствовать себя как дома. Необходимо дать клиенту возможность освоиться и осмотреться в помещении в течение одной - трех минут. Именно на этой стадии работы снимается чувство смущения, напряжения и устанавливается психологический контакт, взаимопонимание между участниками беседы. Этому способствуют мягкая шутка, к месту рассказанный анекдот или история из жизни.

Третья фаза — заключение «договора-контракта» между психологом и клиентом. Психолог уясняет первичный запрос и требования клиента к предстоящей консультации, принимает решение о ее проведении либо отказе от консультации и направлении клиента к другому специалисту. После этого консультант в деловом и конкретном стиле доводит до сведения клиента

цель, задачи и регламент консультирования, сообщает ему об этических принципах работы, защищающих интересы клиента, его правах и обязанностях. Именно в это время формируется либо усиливается позитивная мотивация клиента к предстоящей работе. На этой стадии консультирования необходимо активное участие обеих сторон. В результате правильно заключенного контракта достигается взаимопонимание, намечается программа сотрудничества психолога и клиента, распределяются роли, формируется чувство психологической безопасности и доверия к консультанту. *Четвертая фаза — так называемая фаза «исповеди».* Психолог задает клиенту прямой вопрос примерно следующего содержания: «Расскажите подробно, что Вас ко мне привело?» Этот вопрос дает начало стадии «исповеди», во время которой человек имеет возможность «выговориться», откровенно и эмоционально рассказать о волнующих его проблемах. Опытные консультанты отводят этой стадии не менее двух третей времени основного этапа консультации, но не более часа. На стадии исповеди консультант большую часть времени молчит, но, активно слушая, поддерживает клиента, выражает ему свой интерес и сочувствие средствами невербальной коммуникации (мимикой, жестами, позами, междометиями и др.). При необходимости возможны короткие уточняющие и наводящие вопросы в русле основной линии повествования клиента. Параллельно на этой стадии происходит интенсивный анализ получаемой информации, формулируется гипотеза о причинах психологических проблем клиента и намечаются дополнительные вопросы, которые будут заданы ему на следующей фазе.

Пятая фаза — фаза активного расспроса клиента и получения дополнительной психологической информации. Психолог задает ряд целенаправленных вопросов для уточнения психологического диагноза и проверки собственной гипотезы об источнике проблем клиента. При необходимости на этой стадии уместно предложить консультируемому выполнить ряд психологических тестов. Перечень методик можно варьировать, но целесообразно включить в него методы оценки эмоционального состояния и психического здоровья, оценки индивидуально-типологических и личностных особенностей, оценки мотивационно-ценностной структуры личности и сферы межличностных отношений. Короткие методики выполняются непосредственно в ходе консультирования, более трудоемкие предлагаются в форме «домашнего задания».

Рекомендуемые методики: — шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина (для выявления эмоциональной дискомфортности); — методика «Ценностные ориентации» Рокича (для выявления мотивационно-ценностной структуры личности и определения направления, форм и способов психологического воздействия); — типологический опросник темперамента Д. Кейрси (для выявления типологических особенностей и выбора индивидуально-ориентированной стратегии взаимодействия с клиентом); — тест Люшера (для определения актуального состояния и индивидуальных особенностей); — методика «Неоконченные предложения» (для определения зон психологического конфликта); — стандартизированный метод изучения личности СМИЛ (для

оценки психологического здоровья и особенностей актуального состояния). В результате пятой фазы консультант формирует обоснованное мнение о причинах психологических затруднений клиента и намечает конструктивные пути их преодоления. На этой стадии консультант не сообщает свое мнение клиенту.

*Шестая фаза консультирования является решающей по своей значимости и требует от консультанта максимальной мобилизации, собранности, профессионального мастерства. Содержание этой стадии — совместная интерпретация психологических проблем клиента. Консультанту не следует в категоричной форме предъявлять клиенту свое понимание ситуации, здесь лучше подойдут фразы типа: «Мне кажется, что дело в том-то», или «Здесь прослеживается связь с тем-то». При этом следует внимательно наблюдать за реакцией человека и оценивать степень его согласия с предлагаемыми интерпретациями. Если согласие достигается, данная версия принимается за основу обоими участниками консультирования. Но если предположение не вызывает никакой реакции и оставляет клиента равнодушным, консультанту приходится от него отказаться и искать другое решение. Однако если клиент бурно протестует против предложенного толкования, считая его абсолютно неверным, можно предположить, что консультант близок к самой сути проблемы. В этом случае необходимо проявить максимальную сдержанность и, игнорируя возможные агрессивные выпады со стороны клиента, подробно обосновать правоту своей позиции, преодолеть сопротивление собеседника. Таким образом, шестую фазу можно считать успешно завершенной, если достигнуто взаимоприемлемое понимание причин психологических проблем и трудностей клиента. *Седьмая фаза* вытекает из предыдущей и направлена на оптимизацию личностных механизмов саморегуляции и формирование новой модели поведения клиента. В литературе эта стадия описана как фаза «расширения целей». Это означает появление у человека новых аспектов понимания себя и мира, формирование перспективных целей и гибких механизмов поведения. В этот период работы полезна детальная проработка наиболее сложных для клиента новых моделей поведения. При необходимости возможно использование отдельных форм психологического тренинга для закрепления вновь обретенных навыков. Возможно привлечение личного жизненного опыта консультанта, примеров из его практики, литературных и философских ассоциаций.*

Завершает общение с клиентом *восьмая фаза*, суть которой состоит в *оценке эффективности консультации методом совместного обсуждения*. Клиенту предлагается высказать свое мнение о проведенной работе. Психолог дает окончательную оценку успешности консультации. Если в повторной консультации необходимости нет, целесообразно дать клиенту «домашнее задание» в форме конкретной программы действий по улучшению своего состояния и самостоятельному решению назревших проблем. В случае необходимости рекомендуются различные формы социально-психологического тренинга, овладение методиками саморегуляции и прочее. Если же проблему не удалось решить за одну встречу, намечается дата

повторной консультации и ее примерная программа. Психологу необходимо убедиться, что клиент расстается с ним в нормальном психическом состоянии. После того, как закрылась дверь за клиентом, консультанту необходимо заняться собой. Эту стадию можно назвать Фазой отдыха и освобождения от впечатлений. Психологу на короткое время необходимо расслабиться и переключиться на другие виды деятельности, восстанавливающие его ресурсы.

Заключительный этап психологического консультирования.

Заключительный этап консультирования наступает после завершения совместной работы с клиентом (разовой консультации либо серии консультаций). На заключительном этапе психолог окончательно осмысливает полученные результаты, оформляет протокол консультации и при необходимости намечает меры воздействия на социально-психологическое окружение в интересах клиента. На этом этапе возможно конкретное взаимодействие с официальными лицами и социальным окружением клиента с целью оптимизации условий для решения его личных проблем.

3.2.6. Методы работы консультанта в процессе консультирования

а) Метод психодиагностического тестирования. Этот метод позволяет получить объективную качественную и количественную информацию о психических процессах, состояниях и свойствах человека. Метод применяется при недостатке информации об индивидуальных особенностях и психологических проблемах консультируемого клиента. Проективные тесты способствуют выявлению скрытых мотивов и установок.

б) Метод динамического наблюдения. Наблюдение проводится в течение всего процесса консультирования и позволяет получать непосредственную психологическую информацию о реакциях, состояниях и личностных особенностях человека. Психолог при этом выступает в качестве эксперта и может целенаправленно моделировать проблемные ситуации в ходе беседы. Следует обращать внимание на тон речи и невербальные реакции, вегетативные проявления, детали внешности, одежды, манеру общения, особенности психомоторного реагирования и прочее. Квалифицированное наблюдение должно проходить незаметно для клиента.

в) Метод эмоционального заражения. Метод предполагает прямую целенаправленную передачу эмоционального состояния психологов консультируемому человеку. Необходим для коррекции психического состояния человека, формирования наилучшей для успешного взаимодействия психологической атмосферы, повышения самооценки клиента. Для овладения этим методом психологу необходимо совершенствовать умение концентрировать, выражать и контролировать свои эмоции.

г) Метод внушения. Этот метод состоит в малоаргументированном словесном воздействии на человека с целью изменения его мнений, установок и отношений. Эффективность воздействия основана на авторитете психолога-консультанта. Внушение целесообразно применять для снятия психологических защит и преодоления прямого сопротивления клиента в ходе беседы. Метод является «резервным» и применяется, когда другие

возможности воздействия на человека исчерпаны. Наиболее уместно использование метода в стадии совместной интерпретации (шестая стадия основного этапа консультирования). д) Метод убеждения. Суть метода убеждения состоит в развернутой логической аргументации приводимых доводов и положений, передаваемых на фоне уравновешенного эмоционального состояния человека. Метод можно считать базовым для всех фаз и стадий консультирования. Успешное владение этим методом предполагает хорошее развитие образного и абстрактного мышления, долговременной памяти и внимания. Кроме того, необходимо правильно понимать и интерпретировать высказывания клиента, находить с ним «общий язык», то есть обладать коммуникативной компетентностью.

е) Метод психологического информирования. Этот метод, по сути, является мини-лекцией в процессе консультации. Применяется с целью повышения психологической компетентности (грамотности) клиента в области обсуждаемых проблем. Предлагаемые разъяснения должны быть простыми по форме, а по содержанию приближены к конкретным жизненным ситуациям. Метод может применяться на всех остальных процессах консультирования, кроме фазы «исповеди». ж) Метод художественных аналогий. Метод предназначен для косвенного воздействия на мировоззренческие установки, стереотипы, мнения человека. Суть этой техники состоит в привлечении конкретных случаев из практики, жизни, анекдотов, примеров из художественной литературы, притч, сказок, пословиц и поговорок. Эти истории дают возможность клиенту взглянуть на похожую проблему как бы со стороны, часто с неожиданной и даже юмористической. Благодаря этому снижается субъективная значимость и ложное ощущение уникальности проблемы. Кроме того, удается разрядить излишне напряженную атмосферу беседы. Метод может применяться на всех стадиях консультирования. з) Метод мини-тренинга. Суть метода — в формировании необходимых конкретных навыков у клиента путем кратковременных тренировок, органично включаемых в процесс консультирования. Например, психолог предлагает «проиграть» ситуацию конфликта с какой-либо значимой для клиента личностью, после этого обсуждаются ошибки и ограничения в поведении. Метод рекомендуется применять на стадии «расширения целей», когда человек осознает дефицит определенных психологических умений и навыков и желает немедленно его восполнить. Этому методу может предшествовать или сопутствовать метод информирования.

и) Метод психотерапевтических воздействий. Современные методы психотерапии вполне применимы для работы с практически здоровыми людьми, поэтому могут включаться в процедуру консультирования. Их выбор зависит от квалификации и практического опыта психолога-консультанта. Возможно использование отдельных техник рациональной и когнитивной психотерапии, гипноза, клиент-центрированной терапии, психоанализа, позитивной психотерапии, гештальт-терапии, поведенческой психотерапии и других. Цель использования этих техник состоит в коррекции отдельных невротических проявлений и профилактике психических отклонений.

Предлагаемая методика консультирования пригодна для практического использования в системе социальной работы с населением. Таким образом, в результате проделанной работы обоснованы организация и методика индивидуального психологического консультирования клиентов, позволяющие повысить эффективность психологического компонента социальной поддержки населения.

3.3. Дистантное консультирование

3.3.1. Консультирование на телефоне доверия

В 1982 году в Москве открыт первый в Советском Союзе Телефон Доверия. Его основателем стала профессор Айна Григорьевна Амбрумова. Сегодня Российская Ассоциация Телефонной Экстренной Психологической Помощи объединяет 245 служб. Более 2500 консультантов в разных концах России 24 часа в сутки оказывают поддержку своим соотечественникам. При наличии общих корней, принципов и методов оказания консультативной помощи — консультирование по телефону имеет свою специфику. Специфика эта имеет два основания. Первое из них связано с дистантной помощью как таковой и определяет моменты, общие для телефонного консультирования и для консультативной переписки. Второе обусловлено спецификой именно телефонного контакта. Говоря об общих явлениях, возникающих при дистантной помощи, необходимо отметить следующее. При общении с телефонным консультантом у клиента неминуемо формируется фантазийный образ консультанта. Этому способствуют принципы анонимности как большинства консультантов, так и клиентов. Клиент, получая большой простор для построения образа, бессознательно формирует то, что наиболее потребно для развития позитивного (а иногда и негативного) переноса; наделяет консультанта как "необходимым" внешним видом, так и личностными чертами. Создается соответствующая структура "мифа". Вторая группа специфических явлений связана с особенностями телефонного контакта, как таковыми - отсутствие зрительных впечатлений (блокирование визуального канала восприятия информации) накладывает нагрузку на слуховой канал. Причем большое значение приобретает не только сам текст сообщения (вербальное выражение проблемной ситуации), но и такие нюансы человеческого голоса, как тон и тембр, скорость речи, паузы, продолжительность молчания. При хорошем качестве телефонной связи можно также говорить и о темпе дыхания.

Можно выделить следующие преимущества консультирования по телефону доверия: 1) Сведение до минимума конкурентных интерферирующих влияний (дорога, помещение, регистраторы, внешность консультанта и т.д.). 2) Большая доступность, большая возможность повторных обращений, в том числе из других городов, стран. 3) Большая дешевизна. 4) Большая анонимность, конфиденциальность. 5) Большая защищенность психолога-консультанта. 6) Экстренность, своевременность оказания помощи. 7) Психолог и клиент меньше тревожатся, комплексуют. 8)

Меньше возможностей для негативных атрибуций, тенденция к взаимной идеализации, что повышает значимость информации психолога для клиента, а консультанту помогает в принятии клиента и объективном отношении к нему, расширении его зоны ближайшего развития. 9) Значительно легче решается проблема разграничения личных и профессиональных отношений, что обеспечивает большую искренность и смысловую насыщенность общения.

Телефон доверия - это не только средство консультирования, но и форма социальной работы. Сюда обращаются за эмоциональной поддержкой те, кому некуда больше обратиться - психически больные люди, инвалиды, которые подчас годами не покидают своей постели, дети, если мама ушла из дома и им страшно. Телефон доверия выполняет в сообществе просветительские функции: здесь люди часто получают информацию о том, чего они не понимают. Телефон доверия - адекватная форма работы с подростками и молодежью. Считается, что так они меньше комплексуют по поводу своей внешности. Это адекватная форма вывода людей из кризисных состояний. Например, если человек несколько недель или даже месяцев не покидал своей квартиры, то возвращаться к нормальной жизни легче с обращения на телефон доверия. Телефон доверия может эффективно выполнять функции отбора людей, которым действительно необходимо именно очное консультирование. Круглосуточный телефон доверия в организации может выполнять также функцию охраны помещения, использоваться для оперативной координации различных вопросов внутри организации. Телефон доверия может быть эффективной формой мониторинга эмоционального состояния сообщества.

Недостатки и проблемные области, связанные с работой телефона доверия.

Мешают работать «шутники» и люди с большой фантазией, которые хотят воспользоваться консультантом как средством удовлетворения своих извращенных потребностей.

От консультанта телефона доверия требуется гораздо более высокая эрудиция и развитость в морально-этическом плане, чем от очного психолога-консультанта, устойчивость его психической сферы, высокое чувство ответственности.

Намного труднее контролировать то, насколько клиент действительно вовлечен в диалог, ограничены возможности для эмпатического слушания - только через вербалику можно отразить свое участие в разговоре.

Анонимность и удаленность благодарности клиента от того места, где помощь была реально оказана. По результатам некоторых исследований, это может служить причиной «сгорания» консультанта телефона доверия.

Опасность нарушения социальных связей психолога-консультанта. Его клиенты - вся его жизнь. Подчас за пределами консультации и телефона доверия он лишь отдыхает от интенсивных нагрузок, связанных с напряженным и глубоким межличностным общением.

Некоторых людей, работающих на телефоне доверия, факт анонимности личности консультанта может приводить к деградации личности, например алкоголизму, чувству превосходства над другими людьми.

Длительная интенсивная работа на телефоне доверия может приводить к заикливости на отрицательных сторонах бытия. Телефон доверия обеспечивает недостаток позитивных примеров.

Работа на телефоне доверия порой легко перерастает в сверхвовлеченность консультанта в работу, следствием чего является переутомление и срыв. Число обращений за помощью за одно дежурство может значительно превышать возможности консультанта.

Стадии консультативного процесса и основные приемы консультирования (выслушивание, перефразирование, резюмирование, отражение чувств и содержания и т.п.) совпадают с теми, что используются при face-to-face counseling. Однако, следует особо отметить ряд консультативных обращений, возможных только при телефонном контакте.

1. Молчащие звонки (молчаливое обращение) Звонит абонент, которому не хватает решительности начать разговор, или который не в состоянии переступить барьер недоверия, страха и т.п. Молчание абонента - не повод для прерывания контакта. Напротив, должны быть изысканы средства, помогающие удержать его и разговорить. Абонент должен почувствовать вашу поддержку, которая может быть выражена самыми простыми фразами: "Пожалуйста, говорите, я готов выслушать вас... Я понимаю, иногда бывает трудно начать разговор" и т.п. В других случаях необходимо обеспечение обратной связи. Может быть описание каких-либо звуков, которые слышит консультант (например: шум транспорта, дыхание клиента и т.п.). Иногда полезно придумать какой-либо условный код (стук по трубке), обозначающий "Да" и "Нет" и т.д.

2. Маскированные обращения. "Это вызов такси?... А куда это я попал? А что это у вас за Телефон Доверия? ... А могу я вам довериться?" — нередко за такими фразами скрываются очень серьезные психологические проблемы.

3. Засорение (дурачества, шутки и т.п). Услышав по телефону шутку, можно ответить шуткой, можно задать вопрос: "Это все, что вы хотели сказать?" В любом случае консультант готов принять и такое поведение клиента.

4. Сексуальные звонки. Имеются различия между звонками людей, имеющими сексуальные проблемы, в связи с которыми они ищут помощи, и манипулирующей разновидностью "сексуальных звонков". Звонки категории "сексуальных звонков" могут быть самыми трудными и неприятными из всех, с которыми сталкивается телефонный консультант. Абонент может быть настойчив, требователен и с большим трудом распознаваем. Очень вероятно, что он нашел путь для получения полового удовлетворения и его больше ничего не интересует. Из-за трудностей такого звонка и из-за того, что такие требования явно выходят за рамки и не соответствуют целям службы, многие центры установили политику прерывания таких звонков. Другие центры, признавая потребность, идущую от низкой самооценки и малой веры в себя, которые обычно имеются у таких абонентов, сделали попытку найти к "сексуальному абоненту" особый подход.

3.3.2. Консультативная переписка

После выхода в свет знаменитых психотерапевтических писем Оппенгейма (Н.Оппенгейм, 1908) появилось много изданий в таком духе и научных работ по терапии письмами, особенно в последние годы. Введение этой новой формы психологической помощи обусловлено тем, что часто телефонное консультирование затруднялось из-за большой загрузки Телефона Доверия или отсутствия телефона у клиента, решиться же на прямой контакт с психологом, психотерапевтом он не отваживался. К тому же часть клиентов, нуждающихся в психологической помощи, находилась и находится в условиях изоляции от общества. Это, например, заключенные, отбывающие наказание в ИТК. Еще одной причиной может быть то, что многие небольшие населенные пункты не имеют собственных служб психологической помощи, и переписка с психологами, психотерапевтами в районных, краевых, областных центрах является единственной возможностью получения психологической помощи жителями района, края, области.

Различные термины - "психотерапевтическое письмо", "психотерапевтическая переписка", "письменная психологическая помощь", "терапия домашней перепиской с врачом", "терапия письмом" - вносят значительный разнобой, порой разночтения и разные толкования, не охватывающие всей широты и глубины методики. Исходя из этого, отечественными психологами введено новое наименование, устраняющее пестроту, а порой — излишнее многословие прежних названий. Мы будем называть данный подход термином скриботерапия (от латинских слов: scribo — "писать" и therapia — "лечение"), имея в виду то, что в переписке отражаются как воздействие консультанта (психотерапевта) на клиента, так вербальное и невербальное самовыражение клиента.

Психологическое консультирование посредством дистантного письма имеет следующие *преимущества*: 1. Письмо всегда оставляет время для обдуманного и взвешенного ответа. 2. Письмо усиливает рефлексивный анализ своей проблемы у клиента, ибо многое надо выразить немногими словами, лаконично и понятно. 3. На одно письмо клиента ответ могут дать несколько консультантов, что побуждает клиента к самостоятельному выбору, делает его более свободным в принятии решения относительно своей жизни.

Недостатки и проблемные области, связанные с дистантным письмом.

1. Письмо, написанное клиентом, как правило, не содержит более или менее значительной части информации, необходимой для формулирования и проверки консультативных гипотез. Возникает соблазн домыслить эту информацию и написать клиенту ответ. Рекомендуются все же поделиться с клиентом своими затруднениями и запросить большую информацию. Это будет способствовать и лучшему пониманию своей проблемы клиентом.

2. Между написанием письма клиентом и ответом психолога проходит значительный отрезок времени, и ситуация может сильно измениться.

3. Письмо психологу может быть адресовано с очень далекого расстояния. Психолог может не знать всех реалий контекста, в котором живет его респондент, возможности же выяснить что-либо ограничены.

В наиболее общем виде работу консультанта-психолога (психотерапевта), занимающегося скриботерапией, работающего с письмом, можно разделить на два этапа: 1) психодиагностика, 2) консультирование или психотерапия. Коротко остановимся на каждом из них. Опыт, накопленный на сегодняшний день практической психологией и психотерапией, позволяет говорить о следующих диагностических возможностях скриботерапии. Во-первых, письмо дает достаточно большую психодиагностическую информацию:

а) подробнейшее изложение истории психологического страдания, многих побудительных причин, мотивов, действий разных лиц и т.д. на нескольких листах, а порой и не в одном письме, — раскрывают проблемы клиента, его личность больше, чем единичный телефонный контакт или очная консультация. Например, от одной нашей клиентки мы получили в течение месяца четыре письма, подборку стихотворений и несколько рисунков;

б) стиль изложения, характер построения фраз, само содержание письма позволяют не только разобраться в проблеме клиента, но и уловить явную психопатологическую симптоматику. Например, мужчина преклонного возраста, инвалид II группы, живущий в доме инвалидов, жалуется на преследование бывшей сожительницы, которая якобы, занимаясь проституцией, зарабатывает у турков и немцев по 200 долларов и подкупает пьяниц избивать его ("дабы все смеялись надо мной"), подкуплена у нее и милиция, которая его "уберет", а если это произойдет, "то у ней эти гробовщики и труп мой не увезут на кладбище, а выбросят дорогой". Нет сомнений, что в данном случае можно говорить о паранойяльном синдроме;

в) зачастую в письмах имеются и прямые указания на предшествующую госпитализацию в психиатрические учреждения.

Во-вторых, скриботерапия позволяет использовать традиционные психодиагностические приемы, такие, как проективные техники, исследование продуктов творчества: рисунков, стихотворений, прозаических произведений клиентов. Могут быть использованы и некоторые графические показатели: характер почерка, в том числе неровность, разные размеры букв и т.п., дающие, на наш взгляд, вспомогательную информацию об эмоциональном состоянии клиента, о некоторых его психических свойствах.

Второй частью обсуждаемой методики является *консультативное (психотерапевтическое) действие*, которое, в свою очередь, включает следующие два момента. Во-первых, предоставление клиенту обратной связи — подтверждение того, что он обратился именно в ту службу, в которой нуждается, что здесь его поймут, разделят его неприятности, обсудят его проблемы и т.п. Накопленный опыт позволяет выделить несколько конкретных приемов, которые использует консультант, давая клиенту обратную связь и осуществляя психологическую поддержку.

1) *Пересказ* — цитирование того, что было написано клиентом.

2) *Уточнение* — обращение к нему с просьбой что-то дополнить, разъяснить. Например: "Поясните, пожалуйста, что вы имели в виду". Здесь возможно использование 12 вопросов метамоделей, типа: "Как?", "Что

именно?" и т.п. Скажем, клиент сообщает: "Я не могу рассердиться". Метавопросами здесь могут быть следующие: "Что вам мешает рассердиться?", "Что случится, если вы рассердитесь?"

3) *Дальнейшее развитие мыслей собеседника* — письменное изложение подтекста сообщенного клиентом (в рамках высказанного им смысла), выдвижение гипотез относительно причин произошедшего или дальнейшего хода событий. Например: "Возможно, в этом случае вы сделаете..."

4) *Сообщение о восприятии консультантом состояния клиента*, зеркальное отражение его чувств. Например: "Видимо, вы этим очень огорчены".

5) Сообщение о восприятии консультантом самого себя и своих чувств в данной ситуации. Например: "Меня беспокоит, что мы с вами..."

6) *Замечания о ходе письменного диалога* (при получении повторных писем). Например: "Я думаю, что мы с вами нашли ряд вариантов разрешения проблемы".

Эти приемы мало отличаются от тех, что используются в социально-психологическом тренинге и очном консультировании. Но их применение в скриботерапии имеет свою специфику. Например, при пересказе выбираются лишь главные, ключевые слова, фразы для выражения отношения консультанта к отдельным частям текста. Широко используются подчеркивание, выделение большими буквами, восклицательные знаки и т.п. Тем не менее скриботерапия как консультативно-психотерапевтическая методика имеет и ряд ограничений:

1. Дистантность помощи во многих случаях затрудняет диагностику, не позволяет опереться на невербальные проявления клиента, увидеть неконгруэнтность поведения и вербальных сообщений.

2. При осуществлении переписки затрудняется рефлексия консультантом (психотерапевтом) своих собственных действий: часто он остается вообще без какой-либо обратной связи со стороны клиента.

3. Известно, что многие невротические проявления требуют прямого психотерапевтического действия врача или психолога.

Переписка в этом случае служит лишь начальным, передаточным звеном к помощи непосредственной — к работе лицом к лицу.

3.4. Психотерапия как направление психосоциальной работы

3.4.1. Сущность психотерапии. Ее отличие от других методов психосоциальной работы

Слово «психотерапия» происходит от греческих основ «психо» - душа и «терапия» - забота, уход, лечение. Традиционно принято под психотерапией подразумевать форму лечения психических нарушений. Однако психотерапия на Западе в своем спонтанном развитии давно покинула эти узкие рамки. Знания и методы, накопленные в ней первоначально в процессе лечения психических и психосоматических нарушений, позволили психотерапии в наше время стать средством личностного роста и достижения зрелости,

средством помощи человеку разобраться с философскими и экзистенциальными проблемами, средством повышения образования, средством достижения поведенческих изменений. Известно, что поведение, включая мысли, чувства, фантазии, действия, оказывает как прямое, так и косвенное воздействие на наше здоровье. Психические заболевания – это поведенческие расстройства, которые приводят к более высокому уровню заболеваемости и смертности.

Одним из общепринятых у нас в стране определений является следующее. Психотерапия – система лечебного воздействия психологическими средствами на психику, а через нее на весь организм и поведение пациента. Условиями, необходимыми для успешной деятельности психотерапевта, являются не столько наличие у него специального образования, позволяющего ставить правильный диагноз и назначать тот или иной метод лечения, сколько безоценочное отношение к пациенту и принятие его таким, каков он есть, сострадание и сочувствие к нему, а также искренность и честность поведения. Для того чтобы стать хорошим психотерапевтом, необходимо не только обладать врожденными качествами и личностными особенностями, но и необходимо развить их в себе и научиться ими пользоваться. Последнее определяется многими обстоятельствами. Во-первых, психотерапия стоит на стыке различных областей знаний: медицины, психологии, социологии, философии, а это требует от специалиста большого кругозора и глубоких знаний. Во-вторых, психотерапия – это специфический метод лечения, состоящий из практических методик, требующих от врача при их освоении и проведении умения, терпения и трудолюбия. В третьих, психотерапия – очень трудная специальность, требующая от врача и психолога постоянного эмоционального напряжения и полной самоотдачи.

Культурный уровень общества и особенности культуры и быта народов накладывают отпечаток на особенности психотерапевтических методов и приемов. Многие восточные методики, связанные с йогой, буддизмом, суфизмом, у нас только начинают научно осваиваться и находить свое место в широкой психотерапевтической практике. Психотерапия давно уже вышла за пределы психиатрии и невропатологии, в недрах которых она зародилась, и широко применяется в наркологии, терапии, особенно при так называемых психосоматических заболеваниях, в акушерстве, дерматологии, педиатрии, стоматологии, хирургии и т.д. Следствием такого понимания психотерапии является распространение ее методов в различных областях: в педагогике и спорте (эмоционально-психологическая разгрузка, психорегуляция, аутогенная тренировка), на производстве, при подготовке членов экспедиций, в экономике (реклама), в вооруженных силах.

Психотерапия отличается от других методов лечения, по крайней мере, тремя особенностями:

- 1) при ее проведении применяются психологические средства изменения личности, связанные с использованием основ психологии;
- 2) применяются эти средства и методы профессионально, т.е. подготовленными специалистами и персоналом, действующим осознанно и

целенаправленно, умеющим научно обосновывать свои действия, воспроизводить их в ходе психотерапии с различными пациентами и оценивать их;

3) с помощью психотерапии лечат лиц, страдающих расстройствами психики.

Психотерапия может применяться как самостоятельно, так и в комплексе с другими методами лечения. Талантливые клиницисты всегда использовали технику психотерапии при лечении соматических заболеваний, поэтому одни и те же лекарства, “творящие чудеса” в их руках, были беспомощны в руках других. Психологические методы воздействия в психотерапии включают в первую очередь языковое общение, которое осуществляется при непосредственном контакте с пациентом или опосредованно: с помощью звукозаписи, радио, телефона, телевидения, кино, посредством печатного слова, музыки, картин и т.д.

Учитывая все многообразие концепций, подходов, методов, можно говорить о существовании психотерапии в трех основных сферах общественного сознания:

1) академической, которая предполагает разработку научно обоснованных подходов на базе научного мировоззрения;

2) альтернативной, которая основывается на различных исторически обусловленных эзотерических учениях и религиозных системах;

3) интуитивной, которая является результатом влияния первых двух на обыденное сознание большинства общества и выражается в явлениях психологической культуры, в отношении к существующей практике оказания психотерапевтической помощи, в общественном мнении, а также в практике бытовой психотерапии и помощи в решениях психологических затруднений.

Психотерапия в широком и узком смысле. В зависимости от того, насколько широк объем понятия “психологические средства”, различают психотерапию в широком и узком смысле. Психотерапия в широком смысле слова включает социотерапию, лечение средой, трудотерапию; психотерапия в узком смысле ограничивается воздействием психотерапевта (как метод лечения) на пациента. В этом случае психотерапия тесно связана с такими понятиями, как психогигиена и психопрофилактика, психокоррекция и психическое здоровье. Психогигиена – область гигиены, разрабатывающая и осуществляющая мероприятия по работе преимущественно со здоровыми людьми, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья. Это комплексная дисциплина, связанная с медициной, психологией, социологией, валеологией. Психопрофилактика – раздел общей профилактики, изучающий проблемы предупреждения психических расстройств и их хронизации на субклиническом и клиническом уровнях. Психокоррекция – направленное психологическое воздействие на определенные психические структуры в целях оптимизации развития и функционирования индивида в конкретных условиях жизнедеятельности.

Психическое здоровье – многоуровневое качество жизнедеятельности личности, характеризующееся отсутствием болезненных психических

проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения и деятельности.

Общепризнанна эффективность применения психотерапии при широком круге расстройств. В первую очередь это касается невротических состояний и других пограничных расстройств психогенной этиологии, некоторых форм психосоматических нарушений, реакций дезадаптации, кризисных состояний. Психотерапия применяется также у пациентов с личностными нарушениями, психическими расстройствами на этапах формирования медикаментозной ремиссии, с алкогольной и другими формами зависимости. Общая цель психотерапии состоит в помощи пациентам изменить свое мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. При работе терапевта с пациентами эта цель дифференцируется на ряд задач:

- 1) помочь пациенту лучше понять свои проблемы;
- 2) устранить эмоциональный дискомфорт;
- 3) поощрять свободное выражение чувств;
- 4) обеспечивать пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы;
- 5) помочь пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

В настоящее время психотерапия включает в себя сочетание и частичное взаимодействие научных знаний и практических подходов и отличается различными психологическими, медицинскими, антропологическими и социоэкономическими, экологическими и философскими установками и чрезвычайно широким спектром применения.

3.4.2. Классификация основных направлений, форм и методов психотерапии

При решении задач психотерапии терапевт пользуется методами и формами психотерапии. Следует различать методы и формы (техники) психотерапии. Метод психотерапии – конкретный способ реализации общего принципа лечения, вытекающий из понимания сущности психического расстройства в рамках определенной концепции психотерапии. Всего в настоящее время насчитывается более 400 самостоятельных методов психотерапии. Одной из причин существования различных методов психотерапии является отсутствие достаточно убедительных критериев большей эффективности одних методов по сравнению с другими. Диапазон их очень широк: разговорная психотерапия и другие психотерапевтические подходы гуманистической ориентации, большое число поведенческих приемов, психодрама, разные школы психоаналитического направления и т.п. Каждый психотерапевтический подход претендует на эффективность при лечении почти во всех областях психопатологии. Выбор конкретного метода психотерапии определяется взаимовлиянием конкретных клинических показателей больного и болезни, особенностями его личности и других психологических характеристик, уровнем социально-психологической

адаптации пациента, а также структурно-организационной формой проведения психотерапии.

Существует огромное количество классификаций психотерапевтических методов лечения. Из всего многообразия методов психотерапии среди практических врачей сейчас наиболее распространены следующие: 1) суггестивная психотерапия (внушение в состоянии бодрствования, естественного сна, гипноза, эмоционально-стрессовая психотерапия, наркопсихотерапия); 2) самовнушение (аутогенная тренировка, метод Джекобсона); 3) рациональная психотерапия; 4) групповая психотерапия; 5) игровая психотерапия; 6) семейная психотерапия; 7) условно-рефлекторная психотерапия.

Все чаще применяется психоанализ, транзактный анализ, гештальттерапия и др. Внутри каждого из этих методов существуют десятки, сотни методик, это объясняется тем, как замечает С. Шкода, что мечтой каждого честолюбивого психотерапевта является создание нового, необычного приема, внесение своего оригинального вклада в историю психотерапии. Существует классификация принципов выбора метода психотерапии в зависимости от заболевания (Штроцка, 1986):

- при острой истерической симптоматике применяется суггестия;
- при вегетативных нарушениях – аутогенная тренировка;
- при жизненных трудностях – “разговорная” терапия;
- при фобиях – поведенческая терапия;
- при характерологических нарушениях – гештальттерапия, психодрама;
- при расстройствах, связанных с семейными проблемами, - семейная психотерапия;
- при комплексных расстройствах с наличием предшествующего предрасположения – глубинно-психологические методы.

Способ применения того или иного метода психотерапии называется формой психотерапевтического воздействия. Форма психотерапии – организация и структура взаимодействия терапевта и пациента в процессе реализации того или иного метода психотерапии.

Например, метод рациональной психотерапии может применяться в форме индивидуальной беседы с больным, в форме беседы с группой или в форме лекции. Метод внушения может применяться в бодрствующем состоянии или в гипнозе. Психоанализ применяется в форме наблюдения потока свободных ассоциаций, исследования ассоциаций, анализа сновидений, в форме ассоциативного эксперимента и т.д. Одна и та же форма психологического воздействия может служить различным методическим установкам. Так, гипноз может быть использован и с целью внушения, и с целью катарсиса.

Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению, образует направление психотерапии. В отдельных направлениях психотерапии выделяют отдельные методы, внутри каждого метода – различные методики и приемы.

Психоаналитическое, бихевиоральное, экзистенциально-гуманистическое направления в психотерапии. Наибольшее развитие и признание получили три психотерапевтических направления и возникшие на их основе методы:

- 1) психоаналитическое (психодинамическое, динамическое);
- 2) бихевиористское (поведенческая психотерапия);
- 3) гуманистическое (экзистенциально-гуманистическое, гештальттерапия).

В отечественной психотерапии в последние годы выделяют следующие основные направления:

- 1) лично-ориентированную (реконструктивную) психотерапию (Карвасарский Б.Д.);
- 2) суггестивную психотерапию;
- 3) поведенческую психотерапию;
- 4) эмоционально-стрессовую психотерапию (Рожнов В.Е.).

Психоаналитическая (динамическая) психотерапия главным образом акцентирует свое внимание на воздействии прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения – через особые когнитивные способности (защита), межличностное взаимодействие и восприятие партнера по общению (перенос, трансфер), – который приобрел постоянную повторяемость и таким образом влияет на здоровье пациента. Психоаналитическая психотерапия – это метод лечения психических расстройств, который применяет беседу для изменения поведения пациента. Целью ее является выявление характерных проблем, возникших у пациента в жизни; намерение – достижение изменений поведения; ориентация на психоанализ. Психоанализ – теория общего психического развития, происхождения неврозов, а также метод психотерапии, разработанный З. Фрейдом и его последователями на основе представления о главенствующей роли бессознательных процессов в жизнедеятельности индивида. Психоанализ включает: толкование свободных ассоциаций, сновидений, обыденного поведения (обмолвок, ошибок памяти и т.д.), юмора, анализ переноса.

Сущность психодинамического подхода в психотерапии можно сформулировать так: это подход, который подчеркивает важность для понимания генеза и лечения эмоциональных расстройств интрапсихических конфликтов, которые являются результатом динамической и часто бессознательной борьбы противоречивых мотивов внутри личности.

Бихевиоризм – направление в психологии, принимающее в качестве объекта научного психологического исследования лишь поведенческие акты, доступные наблюдению и достоверной регистрации. Поведение понимается здесь как совокупность реакций организма на воздействие среды в виде фиксируемых стимулов. Бихевиоризм является теоретической основой поведенческой психотерапии. Поведенческая психотерапия – одно из ведущих направлений современной психотерапии. Цель поведенческой психотерапии – формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить самоконтроль.

Гуманистическая психология рассматривает в качестве основной потребность личности в самоактуализации, а невроз – как результат блокирования этой потребности.

Экзистенциально-гуманистический подход (феноменологический подход) - считает, что каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии психическое переживание окружающего называется феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность – феноменологией. Сторонники этого направления убеждены, что не инстинкты, внутренние конфликты или стимулы среды детерминируют поведение человека, а его личное восприятие реальности в каждый данный момент. Феноменологический подход сосредотачивается на таких качествах, которые выделяют человека из животного мира: сознание, самосознание, креативность, способность строить планы, принимать решения и ответственность за них.

Прямая – косвенная, каузальная – симптоматическая, гетерогенная – аутогенная, индивидуальная – групповая, директивная – недирективная психотерапия.

Психотерапию систематизируют по характеру воздействия (прямая – косвенная); по этиопатогенетическому принципу (каузальная – симптоматическая); по цели воздействия (седативная, активирующая, амнезирующая); по участию в ней больного (мобилизующе-волевая, пассивная); по виду воздействия врача (авторитарная, разъясняющая, обучающая, тренирующая); по источнику воздействия (гетерогенная, аутогенная); по направленности относительно патогенных установок (синергичная переживаниям, антагонистическая); по тактике воздействия (выборочная, комбинированная или комплексная); по числу лиц, с которыми работает врач (индивидуальная – групповая), директивная – недирективная и др.

Каузальная психотерапия – психотерапия, основанная на принципах анализа причинности в социальной сфере и устойчивых представлениях о конкретных причинных связях (каузальной схеме). К формам каузальной психотерапии можно причислить отдельные методики рациональной психотерапии, когнитивную психотерапию, психодинамическую психотерапию, личностно-реконструктивную и др.

Симптоматическая психотерапия – психотерапевтические формы и методы, ориентированные на устранение и ослабление симптоматики психического расстройства. К формам симптоматической психотерапии можно отнести внушение, аутогенную тренировку, поведенческую психотерапию и др.

Гетерогенная психотерапия – психотерапия, при организации которой основную психотерапевтическую роль играет специфически организованное взаимодействие терапевта (терапевтов) и пациента (группы пациентов).

Аутогенная психотерапия – психотерапевтические методики, в которых основную психотерапевтическую роль играет воздействие специально обученного пациента на самого себя.

Директивная психотерапия – включает формы психотерапии, при использовании которых психотерапевт берет на себя роль руководителя и организатора психотерапевтического процесса с возложением на себя ответственности за достижение искомых целей и задач. К данному направлению относятся методики поведенческой психотерапии, гипноза, внушения и позитивной психотерапии.

Психотерапия, так же как и любая другая отрасль практической психологии, должна держаться на трех “китах”: практике, знаниях (теории) и профессионализме.

3.5. Социально-психологический тренинг как метод практической психологии

3.5.1. Понятие социально-психологического тренинга

Социально-психологический тренинг определяется как « область практической психологии, ориентированная на использование активных методов группой психологической работы с целью развития компетентности в общении» (Психологический словарь, 1990). Групповой психологический тренинг не сводится к социально—психологическому. Область его применения значительно шире, чем у последнего и отнюдь не ограничивается развитием навыков эффективного общения и повышения коммуникативной компетентности. Один из ведущих специалистов по тренингам в нашей стране Ю.Н. Емельянов отмечает: «При этом термин «тренинг» в структуре русской психологической речи должен использоваться не для обозначения методов обучения, а для обозначения методов развития способностей к обучению или овладению любым сложным видом деятельности, в частности, общением» (Емельянов Ю.Н., 1985, С.89). Следуя этому подходу, он предлагает четко разграничивать учебный и тренировочный аспект в работе группы. Можно согласиться с подобным взглядом, добавив, что тренинг –это не только метод развития способностей, но и метод развития разнообразных психических структур и личности в целом.

В настоящее время в литературе и практической работе термин «тренинг» трактуется гораздо шире, чем он понимался всего лишь несколько лет назад. Так, известный специалист в области нейролингвистического программирования А.П. Ситников дает такое определение тренинга: «Тренинги (обучающие игры) являются синтетической антропотехникой, сочетающей в себе учебную и игровую деятельность, проходящие в условиях моделирования различных игровых ситуаций...» (Ситников А.П.,1996, С.144). При этом под антропотехникой он понимает такую составляющую практики, которая направлена на преобразование «естественно данных человеку способностей» (М.К. Мамардашвили) и формирование на их основе культурного феномена профессионального мастерства. Он выделяет три основных антропотехники: научение, учение и игру.

Социально-психологический тренинг предполагает разработку прикладных программ оказания психологической помощи психически и

соматически здоровым людям. Но в рамках социально-психологического тренинга основным фактором воздействия становится не информация, которая исходит от психолога, а группа, процессы групповой динамики, особенности обратной связи. И.В. Вачков (2003,с.21) дает следующее определение тренинга: «*групповой психологический тренинг* представляет собой совокупность активных методов практической психологии, которые используются с целью формирования навыков самопознания и саморазвития». Специфическими чертами тренинга являются:

- соблюдение ряда принципов групповой работы;
- нацеленность на психологическую помощь участников группы в саморазвитии, при этом такая помощь исходит не только от ведущего, сколько от самих участников;
- наличие более или менее постоянной группы (обычно от 7 до 17 человек), периодически собирающейся на встречи или работающей непрерывно в течение двух-пяти дней;
- определенная пространственная организация 9 чаще всего работа в удобном, изолированном помещении, участники большую часть времени сидят в кругу);
- акцент на взаимоотношения между участниками группы, которые развиваются и анализируются в ситуации «здесь и теперь»:
- применение активных методов групповой работы;
- выражение субъективных чувств и эмоций участников группы относительно друг друга и происходящего в группе («вербализованная» рефлексия);
- атмосфера раскованности и свободы общения между участниками, климат психологической безопасности.

Как правило, в процессе любого тренинга можно выделить три основных стадии: начальную, рабочую и конечную. Иногда эти стадии характеризуют как этапы «оттаивания», «изменения», «замораживания». В литературе не раз подчеркивалась значительная роль ведущего тренинговой группы, индивидуальный стиль и особенности которого могут идти в разрез с тем психологическим направлением, в котором он работает, и иметь большее значение, чем применяемые им методики и приемы. Упражнения и приемы, характерные для той или иной психологической школы тренинга, являются не более чем инструментом, результат применения которого зависит не столько от качества его инструмента, сколько от личности мастера с ним работающего.

Опираясь на мнение известных специалистов (А.А. Александров,1997; К. Рудестам, 1993 и др.) И.В. Вачков (2003) выделил общие цели тренинговых групп:

- исследование психологических проблем участников группы и оказание помощи в их решении;
- улучшение субъективного самочувствия и укрепление психического здоровья;
- изучение психологических закономерностей и эффективных способов взаимодействия и общения людей друг с другом;

- развитие самосознания и самоисследование участников для коррекции или предупреждения эмоциональных нарушений на основе внутренних и поведенческих изменений;

- содействие процессу личностного развития, реализации творческого потенциала, достижению оптимального уровня жизнедеятельности и ощущения счастья и успеха.

Опыт показал, что в рамках тренинга могут быть успешно применены инновационные методы профессионального образования взрослых. К числу наиболее ценных особенностей тренинга как метода обучения исследователи и практики относят следующие.

Тренинг дает возможность поместить участников в особую реальность, где все процессы во много раз более сжаты и сконцентрированы по сравнению с обычным ходом событий. За несколько дней тренинга участники приобретают такой опыт на накопление которого ушли бы месяцы или годы (Бекоева Д.Д., Зайцева Т.В., 2002, С.12).

Тренинг как никакой другой метод обучения способствует личностной интеграции, самосознанию и самопринятию, позволяет выявить жизненные ценности индивида и усилить его чувство идентичности.

Технологии, используемые в тренинге, наиболее эффективные, по сравнению с другими методами, при обучении успешному поведению и выбору новых поведенческих реакций. Он может стимулировать изменение установок, развивать внутреннюю и внешнюю свободу и поведенческую компетентность личности. К. Рудестам отмечает, что член тренинговой группы является одновременно и участником, который может экспериментировать с изменением поведения, и наблюдателем, который может контролировать результаты этих изменений (К. Рудестам, 1993, С.23).

В результате тренинга повышается результативность как оперативной, так и перспективной саморегуляции (Вачков И.В., 1999).

За счет эмоциональной компоненты, присущей тренингу, достигается ряд таких эффектов, как децентрация, проявляющейся в большей обращенности к партнерам по общению, развитию гуманистической установки на них, возрастание понимания других людей и активности общения (Петровская Л.А., 1989).

В настоящее время выделяют три основных направления психологического тренинга: экзистенциально-гуманистическое, поведенческое и психодинамическое (Большаков Ю.Б., 1996).

3.5.2. Групповые нормы тренинговых групп

Ни одна социальная общность не может существовать без правил, регулирующих деятельность и поведение людей. Обычно нарушение правил вызывает применение определенных санкций к нарушителю. В тренинговых группах также вырабатываются свои собственные **групповые нормы**, причем в каждой конкретной группе они могут быть специфичны. И.В. Вачков называет характерные нормы (принципы) для большинства тренинговых групп.

«Здесь и теперь». Этот принцип ориентирует участников тренинга на то, чтобы предметом их анализа постоянно были процессы, происходящие в группе в данный момент, конкретные переживаемые чувства, мысли. Принцип акцентирования на настоящем способствует глубокой рефлексии участников, обучению сосредотачивать внимание на себе, своих мыслях и чувствах, развитию навыков самоанализа.

Искренность и открытость. Чем более откровенными будут рассказы о том, что действительно волнует и интересует, чем более искренним будет предъявление чувств, тем более успешной будет работа группы в целом. Согласно положениям гуманистической психологии, раскрытие своего Я другому есть признак сильной и здоровой личности. Искренность и открытость способствуют предоставлению другим честной обратной связи, которая запускает не только механизмы самопознания, но и механизмы межличностного взаимодействия в группе.

Принцип Я. Основное внимание участников должно быть сосредоточено на процессах самопознания, на самоанализе и рефлексии. Даже оценка поведения другого члена группы должна осуществляться через высказывание собственных возникающих чувств и переживаний. Запрещается использовать высказывания типа: «мы считаем», перекладывающие ответственность за сказанное на аморфное «мы». Все высказывания должны строиться с использованием личных местоимений единственного числа: «я чувствую...», «мне кажется...».

Активность. В группе отсутствует возможность пассивно «отсидеться». Поскольку психологический тренинг относится к активным формам обучения и развития, такая норма, как активное участие всех в происходящем на тренинге, является обязательной. Большинство упражнений подразумевает включение всех участников.

Конфиденциальность. Все, о чем говорится в группе относительно конкретных участников, должно оставаться внутри группы- естественное этическое требование, которое является условием создания атмосферы психологической безопасности и самораскрытия.

Помимо указанных норм следует оговорить способ обращения друг к другу. Общение между всеми участниками и ведущим независимо от возраста и социального статуса рекомендуется осуществлять на «ты». Это позволяет создать дружескую и свободную обстановку в группе, хотя обращение на «ты» достаточно трудно на первых порах вследствие привычки и определенной иерархичности отношений. Кроме того, всем участникам предлагается выбрать себе на время тренинговой работы игровое имя – то имя, по которому все участники будут обращаться к человеку. Это может быть как действительное собственное имя (в наиболее приятной для человека форме), так и детская кличка, институтское прозвище, имя любимого художественного персонажа или просто любое нравящееся имя.

Уже эти процедуры, создающие особые условия начавшегося взаимодействия, их игровой характер позволяют отчасти снять естественное напряжение и тревогу участников. Нормы тренинговой группы создают

особый психологический климат, часто резко отличающийся от того, который имеется в повседневном окружении людей. Участники тренинга, осознавая это, начинают сами следить за соблюдением групповых норм.

Вопросы для повторения

1. В чем заключается сущность психологической помощи в социальной работе?
2. Назовите основные методы психосоциальной работы в системе социальной работы.
3. Назовите и обоснуйте этические принципы в психосоциальной деятельности.
4. В чем заключается отличие метода психологической консультации от методов психотерапии и психокоррекции?
5. Назовите основные стадии, и фазы и методы консультативного процесса.
6. Перечислите методы применяемые консультантом в процессе консультирования.
7. Назовите особенности применения индивидуальной форма работы, ее преимущества и ограничения.
8. Охарактеризуйте специфику психосоциальной работы в группе. Назовите преимущества занятий в группе.
9. Охарактеризуйте особенности телефонного консультирования.
10. В чем заключаются особенности консультативной переписки.
11. Дайте определение понятия психического здоровья. Назовите цели и задачи современной психотерапии.
12. Опишите специфику психоаналитического, бихевиористского, гуманистического и экзистенциального направлений в психотерапии.
13. Что такое «прямая – косвенная», «каузальная – симптоматическая», «гетерогенная – аутогенная», «директивная – недирективная» психотерапия?
14. Перечислите основные групповые нормы, вырабатываемые в процессе группового тренинга.

Резюме по теме

Основным содержанием психосоциальной работы в системе социальной работы является психологическая помощь, предназначенная для содействия человеку или группе людей в решении широкого круга проблем, порождаемых душевной жизнью человека в социуме. К ним относятся межличностные отношения, эмоциональные внутриличностные конфликты и переживания, проблемы социализации (выбор профессии, создание семьи), проблемы персонализации (возрастные и экзистенциальные), то есть весь спектр эмоционально-смысловой жизни человека как общественного существа, наделенного психикой. Содержание психологической помощи заключается в обеспечении эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержки человеку или сообществу в ситуациях затруднения, возникающих в ходе личностного и социального бытия. Психологическая помощь включает в себя

психодиагностику, психологическое консультирование, коррекцию развития, психотерапию, разнообразные тренинги, профилактику отклоняющегося поведения, профориентацию и т.д. Каждый из перечисленных методов психосоциальной работы имеет свою специфику применения, свои цели и задачи. Реализуются данные методы, как в индивидуальной, так и в групповой форме. Самым сложным методом является психотерапия, которая также находит свое место в системе социальной работы, но требует необходимого уровня профессиональной подготовки.

Тема 4. Содержание и методика психосоциальной работы в организациях и учреждениях различных ведомств

Цели и задачи изучения темы

Основной целью является рассмотрение частных методик и технологий профилактической и реабилитационной работы с социально неблагополучными группами.

Задачи:

- изучить особенности специализированной психологической помощи в работе с семьей;
- рассмотреть специфику технологии социально-психологического сопровождения личности в ситуации кризиса;
- изучить технологические особенности работы в хосписе;
- проанализировать особенности психосоциальной помощи личности с психологической травмой;
- изучить особенности психосоциальной профилактики возможным жертвам насилия;
- рассмотреть модель комплексной реабилитации и интеграции в социальную жизнь вынужденных переселенцев и мигрантов;
- изучить возможности психологического консультирования, коррекции и психотерапии в работе с инвалидами и лицами, страдающими психическими расстройствами;
- проанализировать специфику психосоциальной профилактики и реабилитации лиц с аддиктивным поведением и суицидальными наклонностями;
- изучить особенности коррекционно-реабилитационной, профилактической и развивающей работы в пенитенциарных учреждениях;
- рассмотреть основные направления психологической помощи безработным.

4.1. Психосоциальная работа с семьей

Психосоциальная помощь семье - система методов и методик выявления, предупреждения, понимания, исследования и преодоления личностных трудностей и семейных проблем одного индивида, партнеров,

либо всей семьи. Задача изучения семьи весьма сложна. Это обусловлено следующими обстоятельствами.

1. Сложность семьи как социальной и психологической системы. Семья включает в себя большое число всевозможных отношений и взаимосвязей, для формирования которых имеют значение личностные особенности членов семьи, ее социальное окружение, обычаи, традиции, социально-экономические условия и т. д.

2. Отсутствие единого подхода к проблемам семьи, единого понимания ее сущности и структуры. Пока не выработана общая теория, которая могла бы стать основой для изучения семьи, вместо нее имеется значительное количество школ, течений и направлений с различными, нередко трудно сопоставимыми подходами к проблемам семейной психотерапии. Это связано с тем, что семейная психотерапия и ее методология делают пока еще первые шаги.

3. То, что предметом изучения семейной психотерапии является та область социальной жизни, которая подвержена влиянию социальных стереотипов и представление о которой испытывает значительное воздействие со стороны обыденного опыта. Каждый человек имеет свой собственный семейный опыт и зачастую исходит только из него, пытаясь понять, что такое семейные отношения вообще.

4. Скрытость (интимность) многих происходящих в семье событий, а также их изменчивость, отсутствие четких контуров.

Выбор вида психосоциальной помощи основывается на выявлении в жизнедеятельности определенной семьи нарушений процесса взаимодействия, трудностей функционирования, ролевой идентификации, целей и установок членов семьи.

Специализированная психологическая помощь - вид помощи одному члену семьи или семье в целом специалистом - семейным психологом, психотерапевтом, сексологом, психиатром, прошедшим специфическую подготовку в области семейной психологии, психотерапии и других способов психологической помощи. Специализированная семейная помощь оказывается в случае, когда семья как целостная система не может самостоятельно разрешить трудности и проблемы, с которыми она столкнулась. В последние десятилетия в нашей стране происходит интенсивное развитие службы семьи; возник широкий круг учреждений и организаций самого различного профиля, ставящих своей целью содействие семье, помощь в преодолении ее трудностей.

К настоящему времени сформировалось значительное число всевозможных видов помощи семье: семейные консультации, службы знакомств, различные виды семейного просвещения и самообразования (семейные университеты, факультеты, лектории), сексологические, педиатрические, педагогические кабинеты. Чрезвычайно разнообразна их деятельность: помощь в укреплении семьи (консультации для конфликтующих и разводящихся супругов); в воспитании детей (консультации и центры для родителей); семейная профилактика (консультирование и просвещение

молодоженов, проблемных семей), семейная психологическая помощь неблагополучным семьям и др.

Различают четыре основных вида специализированной психологической помощи семье: 1) Семейно-психологическое просвещение; 2) Семейное психологическое консультирование; 3) Семейная психотерапия; 4) Семейная психореабилитация.

Активно осуществляется **семейно-психологическое просвещение**, представляющее собой процесс распространения специалистами знаний в области семейной психологии, семейных проблем и психологических методов преодоления личностных и семейных трудностей.

Семейное психологическое консультирование имеет свои отличительные признаки, границы и объем вмешательства. Оно развивалось параллельно с семейной психотерапией и эти два вида психологической помощи взаимно обогащали друг друга.

Семейное психологическое консультирование - способ специализированной психологической помощи по осознанию семейной проблемы, ее основных причин и поиске путей преодоления, а также принятия решения по затруднительным вопросам жизнедеятельности семьи. Акценте делается на анализе ситуации и аспектов ролевого взаимодействия в семье, на поиске личностного ресурса субъектов консультирования и на обсуждении способов разрешения ситуации — “веера решений”.

Интегрируя практические приемы проведения семейного консультирования представителями различных школ, можно сформулировать следующие принципы и правила семейного консультирования (Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Васильева Н.Л., Вовк А.И. и др.):

1. Установление раппорта (контакта) и присоединение консультанта к пациентам. Достигается с помощью соблюдения конструктивной дистанции, помогающей оптимальному общению, синхронизации дыхания консультанта и заявителя “проблемы”, использования предикатов речи, отражающих доминирующую репрезентативную систему того, кто делает сообщение о семейной проблеме.

2. Сбор информации о проблеме пациента с использованием приемов мета-моделирования и терапевтических метафор (Гордон Д.). Субъективизации психотерапевтической цели способствуют такие вопросы: “Чего вы хотите?”, “Какого результата вы хотите достигнуть?”, “Пожалуйста, попробуйте сказать об этом без отрицательной частицы “не”, в терминах положительного результата”.

3. Обсуждение психотерапевтического контракта. Эта часть проведения консультирования признается многими специалистами одной из самых важных. Обсуждается распределение ответственности: консультант обычно отвечает за условия безопасности консультации, за технологию доступа к разрешению проблем клиента, а клиент отвечает за собственную активность, искренность, желание осуществить изменения своего ролевого поведения и т. д.

4. Уточнение проблемы клиента с целью максимальной ее субъективизации и тестирование ресурсов семьи в целом и каждого ее члена в отдельности. Этому помогают вопросы типа: “Как раньше вы справлялись с трудностями, что вам помогало?”, “В каких ситуациях вы были сильными, как вы использовали свою силу?”

5. Проведение собственно консультирования. Необходимо укрепить веру клиентов в успешность и безопасность процедуры консультирования с помощью утверждений такого содержания: “Ваше желание осуществить изменения, ваш прежний опыт, активность и искренность в сочетании с желанием консультанта сотрудничать с вами, его профессиональные качества и опыт будут надежной гарантией успешности работы”.

Обсуждение с участниками консультирования положительных и отрицательных сторон сложившихся стереотипов поведения. Здесь возможны такие вопросы: “Что самое плохое для вас в сложившихся обстоятельствах?”, “Что самое хорошее в обсуждаемой ситуации?”;

б) Совместный поиск новых шаблонов поведения — “веера решений”. Консультант предлагает следующие вопросы: “Чего вы еще не делали, чтобы решить проблему?”, “Как вели себя значимые для вас люди, оказавшись в похожей ситуации?”, “А вы так смогли бы поступить?”, “Что вам поможет совершить такой же поступок?”

Возможно использование приемов визуализации: клиенты, находясь в трансе (а этому способствует “точное следование по маршруту проблемы заявителя”), создают образ новой ситуации и фиксируют возникающие при этом кинестетические ощущения.

6. “Экологическая проверка”: консультант предлагает членам семьи представить себя в сходной ситуации через 5-10 лет и исследовать свое состояние.

7. Приближаясь к завершению консультирования, консультант предпринимает усилия по “страхованию результата”. Это связано с тем, что иногда клиенты нуждаются в некоторых действиях, способствующих обретению ими уверенности, когда осваивают новые шаблоны поведения. Они могут получить от консультанта какое-нибудь домашнее задание, приглашение на повторную консультацию через некоторое время для обсуждения полученных результатов.

8. В ряде случаев необходимо произвести процедуру “отсоединения”. Она может произойти автоматически при сравнении клиентами заявленной цели и обретенного результата, но в ряде случаев консультант вынужден стимулировать отсоединение.

В настоящее время семейное консультирование является наиболее востребованной населением России видом психотерапевтической помощи. Кроме системы здравоохранения, семейные консультанты появились и в системе образования — в психологических центрах, непосредственно в школах, а также в консультациях, действующих в системе министерства социальной защиты, в комитетах по охране семей и детства и в других учреждениях.

Наиболее частой причиной обращения в консультацию являются супружеские проблемы. Среди проблем, являющихся наиболее частыми поводами для обращения в консультацию, следует назвать:

I. Различного рода конфликты, взаимное недовольство, связанные с распределением супружеских ролей и обязанностей.

II. Конфликты, проблемы, недовольство супругов, связанные с различиями во взглядах на семейную жизнь и межличностные отношения.

III. Сексуальные проблемы, недовольство одного супруга другим в этой сфере, их взаимное неумение наладить нормальные сексуальные отношения.

IV. Сложности и конфликты во взаимоотношениях супружеской пары с родителями одного или обоих супругов.

V. Болезнь (психическая или физическая) одного из супругов, проблемы и трудности, вызванные необходимостью адаптации семьи к заболеванию, негативным отношением к себе и окружающим самого больного или членов семьи.

VI. Проблемы власти и влияния в супружеских взаимоотношениях.

VII. Отсутствие тепла в отношениях супругов, дефицит близости и доверительности, проблемы общения.

Особенности консультирования в случае работы с супружеской парой

Возможны, по крайней мере, два варианта прихода в консультацию: оба супруга вместе или один из них с жалобами на себя или на партнера. Наиболее частым вариантом прихода является последний. Остановимся подробнее на некоторых преимуществах работы с двумя супругами, а также на определенных трудностях, которые связаны с этим вариантом прихода клиентов в консультацию.

Беседа с двумя, а не с одним супругом, более диагностична, позволяет сразу же наглядно увидеть те проблемы и трудности, на которые клиенты жалуются. Так, особенности их взаимодействия в консультации вскрывают многое из того, о чем им бывает трудно говорить, и позволяют наглядно выделить то, что определяет характер отношений и что трудно обозначить более четко самим супругам.

Также, присутствие обоих клиентов позволяет с успехом использовать целый ряд особых техник и приемов, таких, например, как семейная скульптура, заключение контракта и др., которые способствуют более успешному и эффективному ведению супружеской терапии, и применение которых при наличии лишь одного клиента либо в принципе невозможно, либо весьма затруднено.

Приход обоих супругов в консультацию часто означает более серьезную их мотивацию на работу, предполагает, что работа будет более длительной и более углубленной.

Однако существуют недостатки в работе с двумя супругами. Психотерапия чаще всего носит поверхностный, менее глубокий, характер. В этом случае реже затрагиваются серьезные личные проблемы, лежащие в основе тех или иных супружеских разногласий. Результаты же, убедительные на первый взгляд, реже бывают полностью удовлетворяющими запрос

клиентов, особенно если за семейными проблемами стоит нечто более личное. С одним супругом легче работать, чем с двумя, под одного проще подстроиться, выбрав тот темп работы, который в большей степени соответствует клиенту.

При организации работы с супружеской парой необходимо учитывать, что в конфликтных парах возникает страх по поводу того, что консультант вступит в коалицию с одним из партнеров, будет сочувствовать и поддерживать другого;

Существует множество вариантов “серьезных” и обоснованных ответов на вопросы и опасения клиентов, что консультант будет поддерживать только одного из них, в которых можно сослаться на профессионализм, на предшествующий опыт работы с супругами и т.д. Не отвергая их, приведем здесь еще один из возможных вариантов реплик консультанта в такой ситуации, который был предложен К. Роджерсом. В ответ на подобные опасения клиентов он использовал следующую фразу: “У меня к вам большая просьба: как только вы заметите, что я встал на сторону одного из вас в ущерб другому, сразу же укажите мне на это. Мне это очень поможет в работе, и я буду вам искренне благодарен”. Такой ответ действует, как правило, особенно убедительно.

- один из супругов “приводит” другого в консультацию, и, соответственно, ориентация одного из них на психологическую помощь значительно меньше, а часто ее и вовсе нет. В таких случаях “незамотивированный” супруг нередко с самого начала выражает желание поговорить с консультантом наедине, без партнера.

Консультанту следует проявить определенное упорство, стараясь убедить клиентов в возможностях и преимуществах именно совместной супружеской терапии. Но если клиент активно несговорчив, его все же стоит выслушать наедине, обязательно спросив предварительно у его партнера о согласии на такую индивидуальную беседу. То, что он/она сообщит, может оказаться “поворотным моментом” в работе с данной парой. Так, например, он/она может сообщить, что у него/нее есть другой человек, к которому он/она собирается уйти, но по каким-либо причинам, например, для того, чтобы смягчить удар для покидаемого супруга, сообщение об этом откладывается. Естественно, что ни о какой супружеской терапии в этом случае и речи быть не может, вместо этого работа может идти по другим направлениям: можно начать работать индивидуально с тем из супругов, кто был инициатором прихода в консультацию, можно помочь супругам организовать откровенный разговор о будущем разводе, может быть оказана психологическая помощь, направленная на смягчение негативных результатов развода и пр.

При организации работы с одним супругом важным является необходимость поддержки клиента, убеждение его в том, что работа с одним членом пары ни в коем случае не является бессмысленной или безрезультатной. Ситуация работы с одним супругом “опасна” неравноправием, поскольку пришедший на прием в каком-то смысле берет груз семейных проблем на себя одного: основное условие конструктивной

психологической работы — принятие клиентом вины (или ответственности) за то, что происходит в семье.

Существует и еще одна возможность развития консультационного процесса, которую ни в коем случае не стоит упускать из виду. Это ситуация, когда консультант сам становится инициатором отдельных встреч с партнерами. Обычно это случается, когда работа не движется и возникшая преграда — нежелание супругов обсуждать что-либо, явное упорство одного из них, укрепляемое реакциями другого — становится серьезной помехой в процессе консультирования. В качестве признаков такой ситуации может выступать, например, возвращение клиентов к одним и тем же темам, которые приходится проговаривать снова и снова, или же нежелание одного из супругов, а чаще и обоих, выполнять домашние задания, ссылаясь на занятость, искусственность рекомендуемых упражнений и т.п.

Идея равного участия и равной ответственности должна сохраниться и в индивидуальных разговорах с клиентами, тем более, что для них всегда должна оставаться открытой возможность вновь совместно встретиться с консультантом.

Семейная психотерапия - самый сложный способ специализированной психологической помощи, ориентированной на изменение взаимоотношений в семье, личностных искажений ее членов, взаимное удовлетворение потребностей каждого из них. Базируется на применении психологических закономерностей общения, процессов бессознательного, сознания и самосознания. Семейный терапевт имеет дело с семьей, отношения в которой дисгармоничны.

Несмотря на тридцатилетнюю историю, семейная терапия остается сравнительно молодой областью психотерапевтической практики и продолжает динамично развиваться. Особенно это актуально для нашей страны, в которой психологическая помощь семье до сих пор находится в зачаточном состоянии. В условиях острого дефицита кадров в России практически отсутствуют центры фундаментальной подготовки семейных психотерапевтов. Семейная терапия предлагает возможность терапевтической помощи ребенку или взрослому пациенту через его семью. Таким образом, целью семейной терапии является создание условий для формирования функциональной семейной организации, которая обеспечит максимальный рост потенциальных возможностей каждого члена семьи.

Многие терапевтические подходы носят название “семейной терапии”, но ориентированы преимущественно на одного члена семьи, а не на целую семью как самостоятельную единицу. К их числу можно отнести следующие:

- а) Наличие у каждого члена семьи собственного терапевта.
- б) Обращение членов семьи к одному и тому же терапевту, который встречается с каждым из них в отдельности.
- в) Наличие у пациента своего терапевта, который наблюдает других членов семьи “для пользы” именно этого пациента.

Ключевая идея подхода, альтернативного вышеперечисленным, заключается в том, что семейная терапия должна быть ориентирована на

семью в целом. Первоначально этот подход возник в рамках психиатрии. Его основанием послужил ряд фактов, явившихся результатом наблюдений за состоянием психиатрически больного члена семьи и за функционированием всей его семьи. Было установлено, что:

а) Все члены семьи сопереживают, стараются принять участие в индивидуальном лечении “больного”, хотя во многих случаях именно семья и является источником его “болезни”.

б) Госпитализация или изоляция пациента часто ухудшала его состояние, улучшение же наступало после посещения родных, несмотря на то, что симптомы его болезни возникали именно вследствие нарушения взаимодействия в семье.

Эти наблюдения побудили многих личностно-ориентированных психиатров к пересмотру и проверке принципов лечения.

а) Они отмечали, что в тех случаях, когда в семье пациента воспринимали как жертву, им было проще определять лечение и прогнозировать состояние пациента. Этому способствовало то, что:

- все члены семьи в равной мере относились к нему как к жертве;
- пациент содействовал утверждению себя в роли больного, несчастного, страдающего.

б) Они отмечали трудности в преодолении переносов, препятствующих позитивным изменениям состояния пациента. При этом большинство так называемых переносов были в действительности реакцией пациента на поведение терапевта в искусственной и тревожащей обстановке. К тому же существовала опасность того, что терапевтическая ситуация может причинить пациенту вред, избавив его от старых проблем, но спровоцировав появление новых. Если определенное поведение пациента представляет собой перенос (то есть воспроизводит присущий ему характер отношений с матерью и отцом), то, возможно, терапевт добьется большего успеха в лечении, обратившись непосредственно к его семье?

в) Они замечали, что традиционно терапевт в процессе лечения больше интересуется миром фантазий пациента, нежели его реальной жизнью; он строит собственную версию жизни пациента и стремится получить от него ту информацию, которая соответствует этой версии.

г) Они замечали, что, стараясь изменить образ жизни одного пациента, они, по сути, стремились изменить весь комплекс устоявшихся семейных взаимоотношений.

Особым видом помощи семье является **семейная психореабилитация** - восстановление функций, степени, качества, дееспособности взаимоотношений, ролевой структуры семьи после взаимодействия отдельных членов, либо всей семьи со стихийными бедствиями, катастрофами, вследствие испытания тяжелых болезней, экстремальных и стрессовых ситуаций. Семейная психореабилитация сталкивается с нарушенным семейным функционированием вследствие не внутренних изменений в семейной системе, а вследствие воздействия на семью мощных разрушающих внешних факторов. Главной задачей семейной

психореабилитации является усиление уровня сплоченности семейной системы вокруг цели противостояния внешним негативным воздействиям.

4.2. Психосоциальная помощь личности в ситуации кризиса

4.2.1. Технология социально-психологического сопровождения личности в ситуации кризиса

Личности в период жизненных кризисов свойственно искажение центрального образования самосознания — субъективного образа мира, т. е. представлений и отношений к себе и окружающему миру в целом. В качестве глубинной психологической защиты «включается» отчуждение, и нарушается адаптация человека.

Наиболее распространены такие деформации образа мира и нарушения адаптации, как комплекс жертвы, выражающийся сочетанием психических реакций (апатии, отказа от ответственности за себя и других, беспомощности, безнадежности, снижения психологической самооценки и т.п.), комплекс отверженности, характеризующийся разобщенностью, холодностью и жизненным девизом «Никому не верь, ни на что не надейся, никого ни о чем не проси».

И в том и в другом случае люди полны катастрофических ожиданий и предчувствий, опасаются негативного влияния любых событий на свою жизнь. Это состояние сочетается с внешним локусом контроля — экстернальностью, т.е. склонностью объяснять основную часть жизненных неудач внешними обстоятельствами. Подобное эмоциональное самочувствие оказывает негативное влияние на душевное благополучие человека, на его отношения с окружающими и усиливает социально-психологические и личностные конфликты, психологическую напряженность.

Находящийся в кризисе человек не видит выхода из сложившейся проблемной ситуации. С одной стороны, ощущение безысходности влечет за собой тяжелые переживания, с другой — человек максимально открыт новому опыту в этот момент. Кризис может быть результатом длительно развивающегося процесса или внезапного действия одного либо нескольких факторов. Он может возникнуть в ответ, как на катастрофу, так и на незначительное событие (по типу «последней капли»), может привести к положительным личностным переменам и стать важным жизненным опытом.

Базовая ситуация нарушения адаптации к жизни — изменения, которые прямо или косвенно нарушают относительно устойчивое динамическое равновесие внешних и внутренних условий бытия личности, создавая тем самым потенциальную или актуальную угрозу существованию и удовлетворению ее основных жизненных потребностей. Перед личностью возникает проблема, от которой нельзя уйти и вместе с тем невозможно разрешить при помощи выработанных ранее способов адаптации.

Непродуктивная (защитная) адаптация к жизни — фиксированное, негибкое построение человеком отношений с собой, своими близкими и с

внешним миром на основе действия механизма отчуждения; попытки разрешить трудную жизненную ситуацию неадекватными способами.

Позитивная адаптация к жизни — процесс сознательного построения, упорядочения или достижения человеком относительно равновесных отношений между собой, другими людьми и миром в целом. Потерю мира и себя невозможно восполнить, применяя привычные средства социальной помощи: материальную поддержку, профессиональную переподготовку и трудоустройство или призыв взять себя в руки.

Основной формой оказания такой помощи должен стать специально организованный процесс — социально-психологическое сопровождение личности. Сопровождать — значит проходить с кем-либо часть его пути в качестве спутника или провожатого. Сопровождение «предусматривает поддержку естественно развивающихся реакций, процессов и состояний личности». Более того, успешно организованное социально-психологическое сопровождение открывает перспективы личностного роста, помогает человеку войти в ту зону развития, которая ему пока еще не доступна. Сопровождение — особая форма пролонгированной психологической и социальной помощи — патронажа.

Патронаж в данном случае понимается как целостная и комплексная система социальной поддержки и психолого-педагогической помощи, оказываемой в рамках деятельности социально-психологических служб. В отличие от коррекции он предполагает не «исправление недостатков и переделку», а поиск ресурсов личности и семьи, опору на собственные возможности и создание на этой основе психологических, социальных и педагогических условий для восстановления продуктивных связей с миром людей.

Существенная характеристика сопровождения — создание условий для перехода личности к самопомощи. Иначе говоря, в процессе сопровождения создаются условия, и оказывается необходимая поддержка для перехода от позиции «Я не могу» к позиции «Я могу сам справиться со своими жизненными трудностями». В каждом конкретном случае задачи сопровождения определяются особенностями личности, которой оказывается помощь, и ситуации, в которой осуществляется сопровождение.

Деятельность сопровождающих продолжается до тех пор, пока не будет пройден кризисный период. Результатом социально-психологического сопровождения личности в процессе адаптации к жизни становится новое жизненное качество — адаптивность, т.е. способность самостоятельно достигать относительного равновесия в отношениях с собой и окружающими, как в благоприятных, так и в экстремальных жизненных ситуациях. Адаптивность предполагает принятие жизни (и себя как ее части) во всех проявлениях, относительную автономность, готовность и способность изменяться во времени и изменять условия своей жизни — быть ее автором и творцом.

Основными принципами сопровождения личности в кризисной ситуации становятся гуманное отношение к личности и вера в ее силы; комплексный подход к оказанию квалифицированной помощи.

Таким образом, психосоциальное сопровождение — это интегративная технология, сердцевина которой — создание условий для развития и саморазвития личности. Наличие социально-психологического сопровождения делает процесс оказания помощи личности в кризисной ситуации более эффективным, контролируемым и позволяет максимально задействовать всех субъектов этого процесса. В каждом конкретном случае задачи сопровождения определяются особенностями личности, которой оказывается психосоциальная помощь, и ситуации, в которой осуществляется сопровождение.

Выделяют личностно-центрированное и средо-центрированное кризисное вмешательство. Наиболее эффективно одновременное воздействие и на среду, и на личность.

Этапы социально-психологического сопровождения личности. В сопровождении, как в разворачивающемся во времени процессе, можно выделить три этапа:

- диагностико-аналитический, служащий основой для постановки целей;
- собственно-деятельностный — отбор и применение методических средств;
- контрольно-аналитический — анализ конечных и промежуточных результатов, позволяющий корректировать ход работы.

Диагностико-аналитический этап — предполагается оценка ситуации: установление контакта, выяснение, что происходит, определение, имеет ли место острый кризис, и установление рабочего контакта для дальнейшей деятельности. При этом используются различные методы: беседа, тестирование, анкетирование, наблюдение, анализ документации.

Помня о составных элементах общей кризисной ситуации, специалист по сопровождению вначале сосредоточивается на факте, событии или происшествии, которое вынудило клиента обратиться за помощью в данный момент. Затем он старается выявить первоначальное психотравмирующее событие, приведшее к состоянию психического дисбаланса, которое может включать как субъективные реакции на событие, так и более ранние попытки справиться с ситуацией. Оцениваются также настоящее кризисное состояние клиента, степень его неспособности к привычной жизнедеятельности.

Наконец, ставится диагноз текущего состояния и определяется аспект, на котором следует сконцентрироваться. Клиенту предоставляют оценку ситуации и вместе с ним разрабатывают дальнейшие шаги совместной деятельности, включающей основные цели, задачи и график ближайших встреч.

Собственно-деятельностный этап посвящен решению специфических проблем кризисной ситуации клиента. Прежде всего, проводится работа по снятию остроты переживания, формированию адекватной самооценки; осуществляется помощь в осознании как внешних, так и внутренних проблем,

приведших к кризису и препятствующих изменению дезадаптивных форм поведения на адаптивные, а также формирование стрессовладающего поведения в процессе индивидуальной и групповой работы.

По мере того как клиент становится все более активным в решении поставленных задач (и таким образом теряет ощущение, что находится под контролем), сопровождающий занимает более пассивную позицию, выступая по преимуществу в качестве поддерживающего. Особое внимание уделяется построению новых взаимоотношений клиента с окружающими, т.е. формированию сети психосоциальной поддержки. У каждого человека должна быть возможность поделиться своими бедами, печалью и радостями, ощутить поддержку «значимого другого». Она есть не у всех. Поэтому важно научить людей социально поддерживающему поведению, мотивировать их на оказание помощи родным и близким, активизировать их ресурсы для поиска поддержки в случае необходимости. Люди, у которых сформирована сеть социальной поддержки (семья, друзья, значимые другие), легче справляются с проблемами, могут эффективно преодолевать трудные жизненные ситуации.

Помимо работы с родственниками и ближайшим окружением необходим поиск возможностей оказания поддержки со стороны людей со сходными проблемами или находящимися в аналогичных ситуациях (работа с сообществом лиц, переживших кризис).

Контрольно-аналитический этап — период осмысления результатов деятельности по решению той или иной проблемы, обсуждение достигнутого прогресса, анализ изменений (в поведении, восстановлении когнитивного контроля над ситуацией, психологического состояния). Если проблему можно считать решенной и клиент ощущает надежду и чувствует, что ситуация может быть улучшена им самостоятельно, то этот этап может стать заключительным. Если изменений не наблюдается или они незначительны, этот этап может стать стартовым в проектировании процесса сопровождения (происходит возврат на первый этап, либо даются рекомендации посещения группы взаимопомощи).

На третьем этапе сопровождения позитивными и благоприятными изменениями в поведенческих реакциях людей, попавших в кризисные ситуации, являются:

- поддержка положительных социальных контактов, взаимодействие с окружающими;
- адекватное формулирование мысли и обсуждение проблем;
- позитивные взаимоотношения с ближайшим окружением;
- отсутствие жалоб на плохое физическое самочувствие;
- контроль за выражением своих эмоций (эмоции стали более богатыми и стабильными);
- появление настроения на позитивное разрешение проблемы, вера в собственные силы;
- появление и обсуждение планов на будущее.

Таким образом, основной задачей психосоциального сопровождения является актуализация умения понимать и объективно оценивать, что в

конкретной ситуации зависит от личности, а что — от самой ситуации, от других людей, т. е. умение оценивать свой вклад в решение психотравмирующей ситуации.

Социально-психологическое сопровождение делает процесс оказания помощи личности к кризисной ситуации более эффективным, контролируемым и позволяет максимально задействовать всех субъектов этого процесса.

4.2.2. Технология кризисной интервенции

Суть психосоциальной помощи состоит в том, чтобы помочь клиенту в раскрытии своего внутреннего потенциала, внутреннего ресурса, к которому у самой личности не всегда есть доступ. Психологическая помощь заключается в эмоциональной, смысловой и экзистенциальной поддержке человека или сообщества в трудных ситуациях, возникающих в ходе их личностного или социального бытия. Она основана на технологии «кризисной интервенции».

Кризисная интервенция существенно отличается от консультирования или психотерапии и предполагает:

- проведение работы, направленной на выражение сильных эмоций;
- уменьшение смятения благодаря процессу повторения;
- открытие доступа к исследованию острых проблем;
- формирование понимания текущих проблем для поддержки клиента;
- создание фундамента для принятия людьми пережитого опыта.

Этот метод основан на работе с интенсивными чувствами и актуальными проблемами. Помощь при кризисе центрирована на проблеме, а не на человеке.

Этапы и содержание работы. **Сбор информации.** Помогите клиенту идентифицировать и выразить чувства и связать их с содержанием. Это позволяет снизить эмоциональное напряжение и, кроме того, делает возможным определение кризиса через отдельные события и проблемы. Образно выражаясь, гора, которую клиент тщетно пытался сдвинуть с места, распадается на отдельные куски породы, к которым можно подступиться.

Уделите время тому, чтобы максимально полно исследовать проблему вместе с клиентом. Человек, находящийся в кризисном состоянии, жаждет получить немедленное облегчение. У консультанта кризисной службы может возникнуть искушение поскорее перескочить от исследования проблемы к ее решению, чтобы снизить интенсивность переживаний клиента. При преждевременных попытках решения важная информация может быть упущена, и вы рискуете толкнуть клиента на повторение его же собственных ошибок.

Идентифицируйте событие, вызвавшее кризис, и постарайтесь его разделить.

Формулирование и переформулирование проблемы. Результатом исследования ситуации может стать переформулирование проблемы, поскольку:

- формулируя свою проблему, клиент мог не учесть ее важных аспектов. Классический пример — отрицание алкоголизма. Признание факта зависимости может полностью изменить формулирование семейной проблемы;

- проблема может быть глобальной, и для того чтобы с ней справиться, ее потребуется разделить на более мелкие;

- формулируя проблему, клиент может смешивать актуальные и «исторические» проблемы.

Выясните, что клиент уже предпринимал для решения проблемы. Повторение неэффективных способов решения может стать частью картины кризиса. Отделив проблему от неэффективных способов ее решения, можно ее переформулировать и подойти к ней по-новому.

Спросите клиента, что помогало ему справляться с проблемой раньше. С вашей помощью клиент может обнаружить, что он владеет многими полезными навыками. Кроме того, это помогает переформулировать проблему — она уже не выглядит совершенно недоступной контролю, клиент понимает, что может с ней справиться хотя бы частично.

Если определить суть проблемы не удастся, необходимо проверить, не пропущено ли какое-то действующее лицо при определении проблемы или нет ли каких-то подспудных, скрытых проблем.

Альтернативы и решения. Откажитесь от попыток решения проблемы. Это часто ключевой момент работы, потому что иногда неудачные решения вносят существенный вклад в развитие кризиса. Переключайтесь на работу с проблемой. Такой прием имеет смысл применить в следующих случаях:

- когда клиент пытается контролировать события, которые он в принципе контролировать не может;

- когда решение усугубляет проблему.

Откажитесь от цели. Это полезно делать, когда цели, которые ставит перед собой клиент, нереалистичны или недостижимы в данный момент.

Выясните, есть ли что-то такое, что мог бы предпринять клиент для улучшения ситуации, если невозможно полностью исправить ее.

Спросите, что помогало раньше в аналогичной ситуации.

Выявите ложно направленную потребность контроля и переключите внимание клиента на работу с проблемой.

Избегайте попадания в ловушку преждевременных решений.

Кризис наносит удар по привычным представлениям человека о себе и об окружающем мире, утрачивается контроль, неопределенными становятся представления о будущем. Но даже когда невозможность существовать в прежней системе представлений очевидна, человек продолжает цепляться за них: «Хочу, чтобы все было, как раньше», «Почему это произошло со мной?» Подобные мысли могут принимать характер навязчивости.

4.2.3. Технология работы в хосписе

Хосписная служба — один из важных элементов семейной медицины, которая в нашей стране, увы, пока лишь пытается внедриться в быт россиян. Основные принципы хосписной службы:

- услуги хосписа бесплатны: за смерть нельзя платить, как и за рождение;
- хоспис — дом жизни, а не смерти;
- контроль за симптомами позволяет качественно улучшить жизнь больного;
- смерть, как и рождение, — естественный процесс, его нельзя торопить и тормозить;
- хоспис — система комплексной медицинской, психологической и социальной помощи больным;
- хоспис — школа и поддержка родственников и близких пациента;
- хоспис — это мировоззрение гуманизма.

Работа в хосписе ориентирована, прежде всего, на домашнюю обстановку, отсутствие жестких запретов: в палатах рядом с больным могут находиться домашние животные, вещи и предметы, которые ему дороги, любимые им «домашние» фотографии близких; в любое время сюда могут прийти родственники и оставаться с больным столько времени, сколько им необходимо.

Это называется психотерапия средой. Сюда включаются:

- эстетотерапия;
- арттерапия;
- звукотерапия;
- фитотерапия;
- сказкотерапия;
- невербальная терапия;
- общение со священником;
- терапия домашними животными.

Эстетотерапия и арттерапия - это все, что делает окружающую среду красивой: цветы, музыка, картины или скульптура. Но, прежде всего, это создание красоты человеческих отношений. Психотерапия средой предполагает групповую психотерапию, осуществляемую не одним или двумя людьми, а всем персоналом хосписа, который составляет единую команду. Поэтому здесь вниманием окружен каждый пациент, персонал готов услышать желание каждого и попытаться облегчить страдания не только тем, что они услышаны, но и безотказным выполнением всего того, что, возможно, их облегчит.

Для психотерапии средой также очень важен интерьер хосписа. Ничто так не утешает, не успокаивает и не гармонизирует пациента, как природа. Поэтому хоспис желательно окружать садом, чтобы больной мог прикоснуться к цветам, деревьям, земле и воде, чтобы взгляд не упирался в стену, а мог видеть просторы неба и «море» звезд — все то, что облагораживает чувства и дает ощущение вечности и стабильности. В хосписе отмечается особое

воздействие на больного звуков колокола. По старым церковным традициям для больных и умирающих создавали особый ритм звона. В хосписе практикуются невербальные формы контакта с пациентами. Варианты вербального общения с больными, к сожалению, были скомпрометированы психологией лжи.

Помимо звукотерапии особое внимание уделяется запахам, ведь чистый воздух, а также использование фитотерапии — одно из условий хорошего самочувствия пациента. Психотерапевтическим воздействием обладают старые — «до-больничные» — фотографии больных. Они помогают лучшему контакту пациентов с персоналом. Это «совместное» проживание «лучших времен» жизни больного способствует также его более полноценному восприятию самого себя. Процесс умирания нередко облегчают, как бы поддерживая пациентов, фотографии их родителей. В хосписе существует альбом, где помещены фотографии пациентов хосписа и записаны последние или наиболее значимые их слова. Это способствует сохранению и улучшению качества взаимоотношений с вновь поступающими больными.

В хосписе применяется особый вид лечения — сказкотерапия. В разные периоды жизни у человека преобладают те или иные Я. Но в последний период (у большинства это период болезни) заболевание делает человека беспомощным, и психически он превращается в ребенка: его детское Я, бессильное, зависимое, подчас капризное, берет верх над другими аспектами его личности. Это лидерство может быть и негативным, и позитивным. Рассмотрим позитивную сторону.

Человек находится перед лицом смерти. Реальность окружающего такова, что избежать смерти невозможно. Логика родительского и взрослого Я не дает никакой надежды. Но на помощь приходит детское Я, выраженное творческой фантазией, - появляется возможность веры в чудо. Фантазия ребенка, «оседлавшего» стул, превращает его во всадника, «мчащегося» на коне, созданном его воображением. И нет таких обстоятельств, которые не отступили бы или не покорились этой силе.

Возможности человеческого воображения неограниченны, а возникающая при этом у больного человека «детская вера в чудо» очень часто облегчает его страдания и оберегает от дополнительных переживаний: неизвестно что, но какое-то чудо может спасти от заболеваний, от смерти...

ПРИМЕР: Во времена, когда говорить больному правду о диагнозе и прогнозе считалось деонтологически неверным, А. Гнездилов и его коллеги в домашних условиях создали самодеятельный психотерапевтический театр, который они назвали Комтемук — Компанейский театр музыкальных картинок. Идея создания театра взята из жизни. Персонификация рака нередко вызывала особое отношение к нему и к образу самого себя. Некоторые пациенты, возвратившись домой после операции, пытались как бы уничтожить связь со своим прошлым, которое, по их представлению, привело их к заболеванию: одни меняли квартиры, многие сжигали старую одежду. Психологически это можно трактовать как попытку уйти, убежать от болезни, сменив образ самого себя, или как бы родиться заново, стать другим.

Одним из важнейших разделов психотерапевтической работы является невербальная психотерапия — создание бессловесных контактов. Известны три вида невербальных контактов: физический, эмоциональный, интеллектуальный.

1. Физический контакт. Каждый человек обладает личностным пространством, на которое рассчитаны голос, дистанция с окружающими людьми. Прикосновение одного человека к другому — уже вторжение в его личностное пространство, которое в зависимости от обстановки несет определенные последствия. Прикосновение к человеку в момент сообщения ему информации (или же получения ее от больного) создает ощущение близости, сопереживания, очень естественного контакта. Рукопожатие — это не только дань традиции, в которой сохранена память о временах, когда оно было жестом, показывающим отсутствие в руке камня или оружия. Рукопожатие в наше время — это и физический контакт, помогающий определить совместимость людей, и готовность их к взаимодействию.

2. Эмоциональный контакт. Находясь в толпе, в окружении незнакомых людей, человек испытывает по отношению к ним то симпатию, то антипатию. В нас уже заложены некие архетипы, вызывающие предпочтение или отвержение. Именно эта особенность психики человека позволяет медработнику, имеющему установку на служение, помощь, добро, находить полноценный контакт с больными, остро нуждающимися в эмоциях добра и взаимопонимания. Последствия такого контакта неоценимы. Стоит вспомнить, как одно и то же лекарство, выписанное разными врачами, действует неодинаково...

3. Интеллектуальный контакт. Это, прежде всего, общение с больным на уровне представлений, понятий, мыслей, в отрыве от других типов контактов. Уметь слушать, не навязывая своего мнения, сочувствовать и поддерживать больного — один из основных принципов хосписа. И в этом отношении все виды и способы контактирования с больным хороши, поскольку они взаимодополняют друг друга.

Так, физический контакт, дополняя эмоциональный и интеллектуальный, являя собой в значительной мере язык тела, предполагает не только какие-то конкретные приемы (например, расположение в пространстве во время беседы с больным на одном с ним уровне), но и самые обычные действия, поступки: присутствие около больного, даже в те минуты, когда он находится в бессознательном состоянии, держание за руку, создающее чувство безопасности, умение всеми способами отогнать одиночество и оказать, таким образом, необходимую больному психологическую помощь и поддержку.

Отношения больных со священником также носят психотерапевтический характер. В христианской традиции существует таинство исповеди. Человек, испытывающий чувство вины, а оно ощущается во время депрессии, нередко нуждается не в обычном собеседнике, а в таком, который бы даровал прощение. Таинство причастия дает надежду, она возрождается, когда произносятся слова: «Во исцеление души и тела...» Если

не исцеляется тело, исцеляется душа. Очищение снимает подчас не только душевные боли, но и облегчает физические. Модель мира, в которой не существует смерти, дает и утешение, и успокоение, ибо есть справедливость, есть жизнь и нет смерти.

Применяется психотерапия и через родственников, близких больного. Гармонизация их отношений дает возможность передать тяжелую информацию менее болезненно. Имея больший опыт общения, они легче находят с больным общий язык.

Очень важный вид терапии — терапия домашними животными. Эмоциональное тепло, которое животные (собаки, кошки и др.) дают человеку, не соизмеримо ни с каким иным источником эмоций.

Медицина — это, прежде всего, искусство. Умение врача слушать и слышать больного — индивидуальная психотерапия. Умение ждать — здесь одно из необходимых.

С помощью врача или самостоятельно больному необходимо преодолеть определенный психологический барьер, прежде чем он, доверяясь врачу, включит его в свою жизнь и свои проблемы. Ориентация врача на больного открывает возможности для индивидуальной психотерапии. И врач должен быть готов играть роль, какую предназначит ему пациент. Единственное условие при этом — не грешить против правды, какой бы горькой она ни была. Даже если больной вынуждает ко лжи, например, в разговоре о диагнозе и перспективах. Лучше в данном случае уклониться от ответа, сохранив, таким образом, за больным право по-прежнему доверять врачу.

Правда дает возможность реального контакта с больным. Он должен верить врачу от первой минуты до последней. Умирание и смерть крайне индивидуальны, и единого рецепта контакта с больными в этот период не существует. Помочь человеку найти смысл в «обесмыслившейся» жизни, разделить его одиночество, поддержать, не оставить в минуты смятения, обратить его к самому себе — важная цель индивидуальной психотерапии. Однако суггестивные методы психотерапии в таких случаях нежелательны. Человек должен быть самим собой, разделяет он убеждения врача или нет, принимает его воззрения или отвергает.

4.3. Психосоциальная помощь личности с психологической травмой

4.3.1. Терапия посттравматического синдрома

Посттравматический стресс (ПТС) — это болезненное, шокирующее переживание, реакция на стрессовый фактор за пределами обычного воздействия, психологическая реакция на травму. Возникновение ПТС может вызвать любая экстремальная ситуация: война, авиакатастрофа, потеря близкого человека, переживание угрозы опасности, попытка изнасилования, насилие.

Терапия посттравматического синдрома основывается на активизации совладающих (копинг) ресурсов личности. Поведение, направленное на

устранение или уменьшение силы воздействия стрессогенного фактора на личность, называют копинг-поведением, или совладающим поведением. Для совладания со стрессом каждый человек использует собственные стратегии (копинг-стратегии), на основе личностно опыта (личностных или копинг-ресурсов). Совладающее поведение — результат взаимодействия копинг-стратегий и копинг-ресурсов.

Успешность адаптации к стрессам определяется уровнем развития копинг-ресурсов. Низкий уровень развития приводит к формированию пассивного дезадаптивного копинг-поведения, социальной изоляции и дезинтеграции личности. С. Фолькман выделяет следующие виды копинг-ресурсов:

- физические (здоровье, выносливость и т.д.);
- психологические (убеждения, самооценка, локус контроля, мораль и т.д.);
- социальные (социальные связи человека и другие виды социальной поддержки).

Копинг-ресурсы подразделяются на личностные и средовые копинг-ресурсы. Ресурсы личности — это ресурсы когнитивной сферы, а именно: возможности, позволяющие оценивать воздействие социальной среды, окружающей человека; представление человека о себе (Я-концепция); умение контролировать свою жизнь и принимать на себя ответственность за нее (интернальный локус контроля); умение общаться с окружающими, определенная социальная компетентность, стремление быть вместе с людьми (аффилиация); умение сопереживать окружающим (эмпатия).

Ресурсы социальной среды — это система социальной поддержки (окружение, в котором живет человек, — семья, общество) и социально-поддерживающий процесс (умение находить, принимать и оказывать социальную поддержку).

К формам психологической помощи (терапии) относятся:

- психологическое консультирование с целью активизации копинг-ресурсов личности;
- групповая работа (включение клиента в психотерапевтическую группу или группу взаимопомощи), направленная на создание сети социальной поддержки. Это позволяет обеспечить психологически безопасное пространство контакта, где человек овладевает опытом проживания травмирующих переживаний, поскольку осознание и действие, умение отдавать и получать. Он должен принять и интегрировать разнообразные аспекты собственной личности, поскольку любой человек может быть серьезным и игривым, рассудительным и спонтанным, требовательным и снисходительным по отношению к себе, интеллектуальным и обаятельным и т.; Человек сложен и противоречив, потому что он человек. Поэтому, личная забота о себе должна отвечать сложности и многообразию собственной личности.

Для профилактики вторичной травмы необходимо использовать:

- ресурсы личности — способности, позволяющие индивиду поддерживать чувство стабильности и целостности в разных ситуациях и в разное время (способность переживать, переносить интегрировать сильные воздействия; способность сохранять ощущение жизненной силы, позитивного настроения, уверенности в то, что ты достоин любви; способность поддерживать связи с другими людьми);

- Я-ресурсы — способности, позволяющие индивиду реализовать свои потребности и взаимодействовать с другими людьми;

- навыки самоосознавания — интеллект, способность к интроспекции, сила воли и инициативность, нацеленность на личностный рост, осознание собственных потребностей, способность видеть перспективы;

- навыки межличностного взаимодействия и самопомощи способность предвидеть последствия, способность устанавливать зрелые отношения с другими, способность устанавливать границы в межличностных отношениях.

4.3.2. Психосоциальная помощь жертвам насилия

Дети, бесспорно, самая незащищенная и уязвимая часть общества, полностью зависящая от взрослых. Именно по вине взрослых они оказываются в зонах стихийных и природных катастроф, военных действий, становятся заложниками и нередко жертвами физического, сексуального и эмоционального насилия.

Проблема, которая всегда существовала и, очевидно, будет еще долго присутствовать в любом обществе, — насилие над детьми, смерть детей от голода, их гибель во время бомбардировок и обстрелов, в межнациональных конфликтах, убийство в лагерях беженцев, на бытовой почве. Нередки и такие формы насилия, как торговля детьми, вовлечение в нищенство, попрошайничество и проституцию, экономическая эксплуатация, лишение жилья, средств к существованию, пренебрежение их нуждами и интересами.

В России не проводится широких социологических исследований о распространенности насилия над детьми. Отдельные организации (благотворительные фонды, детские учреждения) ведут собственную статистику. Большинство этих данных позволяет лишь косвенно судить о распространенности насилия над детьми в России, например сведения о количестве беспризорных детей. С 1994 г. официальные данные о детях, жертвах преступлений в семье, отдельно нигде не приводятся. Статистика такого рода просто закрыта для общественности, и даже в ежегодные государственные доклады «О положении детей в Российской Федерации» сведения о жертвах домашнего насилия не включаются. Отсутствие подобной информации отражает общую тенденцию: право детей — жертв плохого обращения в семье на защиту в российском правосудии остается необеспеченным.

Жестокость, проявляемая к детям в семьях, вызывает разнообразные нарушения, в частности социальную дезадаптацию детей и подростков. Безнадзорность ухудшает психическое здоровье детей. Психологическая патология среди социально дезадаптированных несовершеннолетних

достигает 95 %. И хотя факты жестокого обращения с детьми и их эксплуатации известны давно, долгое время никто не занимался поиском подтверждений последствий этих явлений, губительных для физического и психического здоровья ребенка. До конца XIX в. преобладала позиция, согласно которой дети являются собственностью, «имуществом» родителей (владельцев), обладающих абсолютным контролем над их жизнью и смертью. Дети даже могли быть куплены или проданы.

В 1962 г. американский врач С. Кемп и его сотрудники описали синдром избиваемого ребенка. На официальном уровне в России доминирует подход, согласно которому под статьи Уголовного кодекса Российской Федерации подпадает незначительная часть действий с очевидным и ощутимым ущербом для здоровья человека (ребенка) — убийства, телесные повреждения, истязание. Если физический вред не обнаруживается, все другие насильственные действия не квалифицируются как преступные деяния и не подлежат правовому определению. Не ведется и учет жертв насилия в семье с разделением по признакам пола и возраста, а также по видам насилия.

Выделение и определение фактов и причин насилия в семье — лишь первый шаг к его преодолению. Важен комплексный подход к этому явлению: системный анализ особенностей детского развития в ситуации интенсивного усложнения отношений с родителями, ориентация на их диагностику, в том числе выявление психологических новообразований в сфере сознания личности и оказание квалифицированной помощи для ее реабилитации. Безопасность детей в семье должна обеспечиваться комплексом мероприятий, объединенных в специальные программы: экстренной и оперативной, долговременной и повседневной, рутинной и эксклюзивной помощи жертвам насилия и их семьям; просвещения, консультирования и психологической коррекции для родителей — виновников насилия; общей и специальной профилактики насилия в семье.

Во всем мире социальная работа опирается на законодательство. Существует социальный контроль за соблюдением системы ограничений (условий), нарушение которых наносит ущерб функционированию социальной системы. Социальный работник, улаживающий труднейшие обстоятельства при нежелании виновных в жестоком обращении взрослых сотрудничать и имеющий право предъявить к ним строгие требования, остается наиболее жизнеспособной и влиятельной, профессионально действующей «инстанцией».

Социальная работа, направленная на предотвращение насилия в семье и оказание помощи детям — жертвам насилия, осуществляется такими организационными структурами, как:

- кризисные центры для женщин, кризисные центры для женщин с детьми или убежища стационарного и дневного пребывания, специализирующиеся на помощи именно этой категории клиентов;
- службы и учреждения (отделения, группы), специализирующиеся на оказании квалифицированных услуг семье и детям, в том числе по месту жительства (например, в территориальных центрах социальной помощи семье

и детям, детских приютах, центрах социальной реабилитации для несовершеннолетних, специализированных подростковых линиях на «телефонах доверия»);

- территориальные учреждения системы социального обслуживания населения в целом (в центрах психолого-педагогической помощи населению, центрах комплексного социального обслуживания, центрах медико-социальной помощи).

Специальная профилактика — это оказание не столько конкретных, сколько опосредованных услуг пострадавшему человеку. Опосредованные услуги представляют собой усилия, которые специальная служба направляет на сохранение статуса-кво ребенка, на создание условий, способствующих развитию его личности, получение образования, повышение благосостояния, оказание адекватной социальной и психологической поддержки, способствующей формированию уверенности в себе и своей самооценки с тем, чтобы чувства своей ненужности и одиночества у него не обострялись, а процессы личностного роста по возможности не приостанавливались под воздействием тех условий, в которых он оказался.

Профилактика имеет своей целью не столько удовлетворять потребности личности, сколько устранять и смягчать факторы риска, а значит, снимать угрозу повторения насилия.

Социально-психологическая поддержка включает в себя конкретную помощь, необходимую страдающему и пострадавшему от насилия, чтобы он мог сохранить максимально возможный уровень противостояния деструктирующим влияниям семьи как источника своих страданий. Улучшая положение жертвы насилия, такие услуги снижают риск плохого обращения с ней и носят гуманитарный характер, так как предназначены для защиты восстановления благополучия личности.

4.3.3. Технология работы с утратой и острым горем

Работа с горем проходит в три стадии:

- принятие утраты разумом;
- принятие утраты чувством;
- развитие новой идентичности.

Некоторые замечания о работе с горем. Человек, потерявший близких, все время что-то ищет: вещи, игрушки. Утрата может притягивать другие утраты и неприятности или способствовать приобретениям. Например, когда умерла бабушка, произошла переоценка отношения к родителям.

Возможные вопросы при работе с утратой.

О человеке, которого пациент потерял:

Расскажите мне, что это был за человек — экспрессивный или сдержанный, теплый или холодный? И т.п.

Как он обычно выражал свои чувства по отношению к вам? Как вы узнавали о его любви?

Если бы он оказался сейчас здесь, что бы вы хотели сказать ему?

Какие у него были недостатки?

Расскажите о самых неприятных моментах в ваших отношениях.

Расскажите о его характерных чертах, может быть, вы вспомните о нем что-то смешное?

Какими были его манеры, расскажите о том, что было характерным именно для него, что больше всего его раздражало (в любой области, пусть даже в области политики)?

Какими были его привычки? Может быть, что-то в его привычках раздражало вас? Если он курил, разбрасывал ли пепел по всему дому?

Что вообще вас раздражало в нем более всего?

О смерти:

Расскажите, как он умирал.

Когда в последний раз вы видели его?

Какой была ваша первая реакция на его смерть? Вы плакали?

Удалось ли вам с ним проститься?

О похоронах:

Расскажите, как его хоронили. Его кремировали?

Приходили ли вы на могилу? Сколько раз?

Что было потом, что произошло с его личными вещами?

Убрали ли вы в его комнате?

Были ли у него особо любимые вещи? Что вы с ними сделали?

Что вы сохранили?

Пользуетесь ли вы его вещами? Например, если у умершего был любимый плащ, носите ли вы его? Если была какая-то другая вещь, например фотоаппарат, пользуетесь ли вы этой вещью, починили ли ее, если она была сломана? Если да, это хороший знак, если нет, можно спросить, почему.

Попросите показать альбом с фотографиями и наблюдайте за выражением лица пациента.

Если работа не идет, можно узнать, нет ли чувства вины. Наиболее частая причина затруднений — разногласия, враждебные чувства между пациентом и умершим. Болеющий человек мог быть капризным, требовательным, мог раздражать друзей и родственников.

Очень важно, как человек говорит об умершем. Если беспрестанно повторяет, каким он был хорошим, это может настораживать. Важно, чтобы пациент мог говорить об умершем как о реальном человеке, имевшем свои достоинства и свои недостатки.

Работа с детьми, пережившими утрату. Обычно родители стараются скрывать от детей свои чувства по поводу утраты, объясняя это тем, что не хотят расстраивать детей. Но часто причина состоит в том, что они сами не в состоянии вынести интенсивности эмоций ребенка. То, что дети не видят слез родителя, накладывает на них запрет на выражение собственных чувств: «Как я могу плакать, если я не видел твоих слез?» Если родители избегают говорить об утрате, высказывать свои чувства, дети начинают прятать свои чувства и вопросы.

Однако скрывание факта смерти родителя или запрет на выражение чувств не несет ничего, кроме патологических реакций. Родителя нужно научить помогать ребенку. Для этого, прежде всего, нужно помочь ему выразить свои собственные чувства. Это необходимо для здорового проживания горя. Тогда он (она) сможет включить в процесс проживания горя детей, разделить с ними свои чувства, ответить с возможной откровенностью на их вопросы, дать выразить им свое сочувствие и оказать поддержку.

Реакция детей при благоприятных условиях. При создании соответствующих условий работа с горем у детей происходит так же, как и у взрослых. Благоприятные для детей условия проживания горя: хорошие отношения с родителем до его смерти; получение адекватной информации, откровенные ответы на вопросы ребенка; участие в процессе оплакивания вместе со всей семьей; хорошие отношения с оставшимся в живых родителем и уверенность в нерушимости этих отношений.

4.3.4. Комплексная реабилитация вынужденных переселенцев из «горячих точек»

Назначение программы: способствовать комплексной реабилитации мигрантов, их успешной интеграции в социальную жизнь.

Реабилитационная модель направлена на достижение двух основных целей:

- преодоление травматического опыта, виктимности и социопатических тенденций развития (в частности, девиантных и делинквентных форм поведения);
- обеспечение условий и возможностей эффективной социальной адаптации посредством пролонгированной психологической, социальной и правовой помощи, организации систематических психокоррекционных и медико-оздоровительных мероприятий.

Программа должна способствовать решению следующих реабилитационных задач:

- стабилизации эмоционального и психофизического состояния вынужденных переселенцев;
- снижения уровня тревожности, враждебности, преодоления травматического опыта, виктимности, социофобий и социопатических тенденций развития;
- оптимизации самооценки;
- снижения конфликтности, отчужденности и преодоления барьеров в общении;
- формирования навыков адаптивного и успешного поведения;
- повышения уровня правовой, психологической и социальной защищенности;
- социальной интеграции и профессионального самоопределения.

Выделяют несколько основных направлений реабилитационной работы: психокоррекционное, социально-правовое, профориентированное и медико-оздоровительное.

Психокоррекционное направление включает:

- организацию индивидуальной психокоррекционной работы с вынужденных переселенцев (компенсация перенесенных психотравм, коррекция эмоционально-волевых нарушений и социопатических черт характера);
- проведение групповых тренинговых занятий, направленных на формирование навыков эффективной коммуникации и уверенного, адаптивного поведения.

Социально-правовое направление предполагает:

- социальную защиту вынужденных переселенцев — определение детей, оставшихся без опеки и попечительства, в учреждения временного пребывания (приюты); оказание специализированной социальной помощи на базе областного центра социальной помощи семье и детям (социальный патронаж семей вынужденных переселенцев, культурно-просветительские мероприятия, материальная помощь из «Банка вещей»; в экстремальных ситуациях — организация спонсорской помощи отдельным семьям);
- правовую защиту интересов вынужденных переселенцев, их правовое консультирование по телефону; бесплатные очные юридические консультации.

Профориентационное направление — оказание психологической помощи подросткам в профессиональном самоопределении — включает:

- проведение индивидуальных профориентационных занятий с подростками;
- проведение цикла групповых тренинговых занятий «Профессиональное самоопределение» (по специально разработанной программе).

Медико-оздоровительное направление — цикл медико-оздоровительных мероприятий, направленных на стабилизацию психофизического состояния людей, включает:

- курс лечебно-профилактических процедур наряду с психокоррекционными занятиями;
- направление детей в летний оздоровительный лагерь.

Реабилитация вынужденных переселенцев не ограничивается «сглаживанием» негативных социальных и психологических последствий миграции, но предполагает также активацию позитивных («ресурсных») переживаний, раскрытие творческих и зрелых качеств личности.

Необходимо не только компенсировать полученные психотравмы, но и сформировать у вынужденных переселенцев устойчивое представление о собственных внутриличностных ресурсах и установку на активное преодоление жизненных трудностей. Важно, чтобы мигранты перестали воспринимать себя жертвами социального экстремизма и смогли (по крайней мере, в рамках данной программы) раскрыть свои адаптационные, творческие и духовные возможности, т.е. получить доступ к внутренним ресурсам организма и психики.

Индивидуальная психокоррекция поведенческих, эмоционально-волевых, коммуникативных и личностных нарушений осуществляется согласно семишаговой модели (автор Л.В. Сафонова), которая включает:

- раппорт — установление позитивного контакта с личностью, определение оптимального темпа и наиболее приемлемой формы взаимодействия;

- релаксационный тренинг — обеспечение комфорта и релаксации методами телесно-ориентированной психокоррекции;

- активизацию позитивных (ресурсных) переживаний; использование ресурсов воображения для формирования ярких «ресурсных» образов, ассоциированных с позитивными эмоциями и чувством уверенности в себе;

- проработку патогенного материала методами поведенческой, имагинативной и суггестивной психокоррекции, психосинтеза, гештальттерапии и арттерапии при постоянном поддержании позитивного (ресурсного) состояния;

- психокоррекцию методами творческого самовыражения: арттерапевтические занятия, направленные на гармонизацию эмоционально-волевой сферы личности;

- формирование «образов достижения»; прояснение жизненных целей и представлений о будущем, укрепление позитивного образа Я и развитие мотивации к достижению успеха в будущем;

- подведение итогов психокоррекции: упражнения, направленные на интеграцию позитивного опыта, приобретенного в ходе занятий.

Индивидуальная психокоррекция рассчитана на полугодовой курс систематических занятий, продолжительностью 1 — 1,5 ч, частотой 2 занятия в неделю.

Групповая психокоррекционная работа с вынужденными переселенцами включает три компонента:

- включает элементы тренинга уверенного поведения и общения, групповой психотерапии и психодрамы, формирование навыков адаптивного и уверенного поведения, успешного социального взаимодействия и устойчивой мотивации достижения;

- групповые дискуссии и ролевые игры: обсуждение базовых адаптационных стратегий поведения и эффективных способов выхода из психотравмирующих ситуаций, их проигрывание в ролевом тренинге.

Трудности реализации программы — низкий уровень психологического просвещения населения и как следствие — несформированность у представителей уязвимых категорий мотивации на получение психологической помощи.

4.4. Психосоциальная работа с инвалидами и лицами, страдающими психическими расстройствами

4.4.1. Социально-психологическая реабилитация инвалидов

Одним из наиболее эффективных и допустимых приемов оказания психологической помощи инвалидам по изменению личностных реакций, наряду с психологическим диагностированием и консультированием, является психологическая коррекция и психотерапия.

Психологическая коррекция - это комплекс мероприятий, направленных на исправление и улучшение психологических характеристик человека в соответствии с определенными требованиями за счет внутренних резервов самой личности. Коррекция соматозогнозии представляет собой систему определенной психологической и физиологической функциональной организации инвалида для выработки психологической защиты и перестройки его установок в отношении заболевания.

Методы коррекционной работы могут быть ориентированы или на какую-то норму, или на индивидуальные возможности инвалида. Причем коррекции подвергается эмоциональная, рациональная или социально-психологическая сфера отношений. Психокоррекционная работа может быть реализована в различных формах группового или индивидуального воздействия: упражнения, тренировки, игры, социально-психологический тренинг.

Эффективными методами психокоррекционной деятельности являются:

- психологическая поддержка - комплекс плановых или эпизодических мероприятий, направленных на поощрение позитивных сдвигов и результатов поведения и деятельности инвалида;

- психологическое сопровождение представляет собой альтернативный набор мероприятий в которых проявляется психическая активность личности в присутствии и при поддержке специалиста;

- психологическое внушение - безальтернативное указание на вполне определенный порядок поведения и деятельности в соответствии с нормой;

- социально-психологическое упреждение - комплекс организационных и групповых мероприятий, направленных на создание благоприятных условий социального взаимодействия личности;

- психологическая нагрузка - способ формирования навыков преодоления психологически сложных для разрешения ситуаций в эмоциональной и рациональной сфере.

Психотерапия определяется как комплексное лечебное воздействие психическими средствами на психику инвалида, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к своему заболеванию, себе и окружающей среде. Наиболее адекватным приемом психотерапевтического воздействия в ситуации инвалидности является рациональная психотерапия разъясняющего, успокаивающего, отвлекающего и активизирующего характера. При этом допускается косвенное внушение с

учетом индивидуальных особенностей личности инвалида, характера заболевания и тяжести общего состояния.

Основные цели психотерапии заключаются в разъяснении роли самого инвалида в успешности лечения и реабилитации, коррекции масштаба переживания, активирования людей на лечение, подавление отрицательных реакций. Одной из главных задач психотерапии является создание системы взаимного одобрения и через нее условий для подавления неадекватного отношения к болезни, которое мешает процессу лечения.

Социальный работник должен обеспечить приток к инвалидам положительной информации и не допускать отчаяния, неверия в собственные силы. В тех случаях, когда психотравматизация в результате инвалидности не может быть изменена, психотерапия направлена на изменение негативных оценок складывающихся обстоятельств, обучение способам преодоления отрицательных настроений.

Таким образом, развитие соматических заболеваний - это сложный и противоречивый процесс, в котором наряду с клиническими стадиями, периодами и фазами происходят существенные психологические сдвиги. Начало заболевания сопровождается, как правило, явлениями стресса, а в стадии разгара болезни развивается адаптация к ней. В зависимости от исхода того или иного заболевания определяется необходимость психологической нагрузки в процессе реабилитации, а также степень вмешательства специалиста в процесс личностного развития соматических больных.

Социально-психологическая реабилитация - это система медико-психологических, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушений психических функций, состояний, личностного и социально-трудового статуса больных, инвалидов, а также лиц, перенесших заболевания, получивших психическую травму в результате резкого изменения социальных отношений и условий жизни.

Основными принципами психологической реабилитации являются: принцип партнерства; принцип разноплановости предпринимаемых усилий; единство психологических, социально-психологических и социальных методов воздействия; постепенность и ступенчатость реализации реабилитационных мероприятий; достижения улучшения и стабилизации психологического здоровья больного.

В настоящее время реабилитационные проблемы решаются как бы в двух плоскостях: изучения всего спектра требований к инвалидности и изучения возможностей общества удовлетворить потребности инвалидов. Поэтому реабилитация - это общественно необходимое социально-трудовое восстановление больных и инвалидов, которое предусматривает создание оптимальных условий для активного участия инвалидов в жизни общества и возвращение пострадавшего к труду.

Методы реабилитации инвалидов носят разноплановый характер. Главное содержание методики реабилитации заключается в опосредовании через личность лечебно-восстановительных мероприятий и воздействие с

учетом клинико-биологических, психологических, а также социальных факторов в процессе соматогенеза. Одной из главных задач реабилитации является обучение инвалидов воспринимать заболевание и превратности жизни таким образом, чтобы они не приводили к разочарованию и бездеятельности и не препятствовали достижению своих целей.

Реабилитационный процесс можно разделить на несколько этапов: восстановительный (лечение); собственно реабилитации и реадaptации.

Для успеха организации реабилитации должна быть создана соответствующая психотерапевтическая атмосфера вокруг инвалида в его семье, в среде его близких. Социальный работник, оказывая помощь инвалиду, одновременно обязан психологически влиять и на родственников. Также следует постоянно уточнять психологическую настроенность инвалида, для чего регулярно беседовать с родственниками и знакомыми, умело использовать данные наблюдения.

Психологическая часть реабилитационного процесса начинается с преодоления отрицательных реакций и психологической мобилизации. Особое внимание в психореабилитационной работе уделяется работе, направленной на компенсацию утраченных профессионально- и социально-адаптивных качеств личности.

При этом следует учитывать отношение инвалидов к психологическим методам работы. В одном случае наблюдается положительное отношение инвалида к приемам и способам психотерапии, в другом – отмечается пассивно-созерцательное отношение к психологу и его работе, в третьем – может иметь место неустойчивое, изменчивое отношение, вплоть до негативной реакции на требования и пожелания психотерапевта.

Рeadaptация предполагает восстановительный процесс, обеспечивающий больному полное приспособление к условиям жизни до того уровня, в котором он пребывал до болезни.

Психологическая защита – это механизм приспособления, запускаемый сознанием человека при столкновении с патогенной ситуацией. Психологическая защита инвалида может быть полезной и способствовать противоборству с заболеванием, а может быть и вредной – попустительствовать заболеванию и препятствовать лечебно-профилактической деятельности.

Сущность психологической защиты состоит в перестройке как осознаваемых, так и неосознаваемых психологических установок, в изменении субъективной иерархии ценностей, т.е. в сдвигах, которые лишают значимости и тем самым обезвреживают то, что стало психологически травмирующим. Искусство социальной работы во многом определяется тем, способен ли специалист снять действие механизмов психологической защиты в процессе взаимодействия с инвалидом и сформировать с ним доверительные отношения. Поэтому процессуальная часть взаимодействия социального работника с инвалидами и больными предполагает учет следующих психологических обстоятельств:

- в процессе общения с инвалидом необходимо улавливать малейшие оттенки его переживаний, проявлять душевную теплоту, мягкость и доброту, внимательно выслушивать страдающего человека и проявлять доброжелательность и заинтересованность;

- постоянно эмпатировать, соучаствовать в переживаниях больного и не скрывать своих актуальных чувств и настроений по отношению к совместно переживаемым явлениям, постепенно продвигаясь к пониманию психотравмирующих факторов и ситуаций;

- общение целесообразно организовать так, чтобы обеспечить взаимодействие с инвалидом один на один, стараться полноценно оценить свойства его нервной деятельности (силу, подвижность и уравновешенность).

Эмоционально-волевая сфера инвалида проходит сложный процесс формирования в напряженных условиях диагностических, оперативно-лечебных и реабилитационных мероприятий и должна опираться на достоверную оценку потенциальных возможностей инвалида.

4.4.2. Специфика психосоциальной работы в психиатрии

Для больных шизофренией характерен дефицит социальных навыков, существующий либо изначально, либо вследствие длительной госпитализации. Развитие госпитализма может быть связано не только с длительной изоляцией больных, обусловленной стационарированием в больницу, но и с проявлением особенностей подхода к оказанию психиатрической помощи, основанного на принципе патернализма, противоположного партнерству, и стремлении по возможности оградить пациента от тягот реальной социальной жизни. В таких случаях ответственность за его поведение перекладывается на других лиц (медицинский персонал, родственников), игнорируется и даже не допускается какая-либо собственная активность и тем более попытки принять ответственность за свое социальное функционирование. В результате у пациентов утрачиваются навыки повседневной жизни, зачастую даже элементарные.

Для отечественной психиатрической практики психологическое просвещение больных шизофренией и их родственников — относительно новый вид лечебно-реабилитационного вмешательства. Между тем в зарубежной литературе просветительство представлено как один из самых важных подходов к обучению и психосоциальному лечению больных с психической патологией и считается едва ли не наиболее значимой частью психосоциального вмешательства в многогранной системе психосоциальной реабилитации. Психологическое просвещение способствует стимуляции активной позиции в преодолении психического заболевания и его последствий, формированию ответственности за свое социальное поведение и выработке адекватной стратегии совладания с болезнью, восстановлению нарушенных из-за психического заболевания социальных контактов и повышению социальной компетентности.

В 2000 г. врачи Свердловской области включились в Проект по реформированию взрослой психиатрической службы, цель которого — оказание помощи в создании новых услуг психиатрической службы, новых общественных организаций, групп потребителей психиатрической службы и их родственников.

Первоуральск — один из четырех пилотных городов, где реализуется проект «Реформа взрослой психиатрической службы». Групповая работа стимулирует побуждения к размышлениям и действиям, она формирует активные установки в отношении организации своей жизни. И, несомненно, оказывает терапевтическое действие не только на психическое, но и на физическое самочувствие человека. Групповая работа — динамичная среда для воспитания высокой самооценки, чувства самодостаточности и умения достигать своих целей. В группе возникает огромный потенциал взаимопонимания и доверия, помогающий людям раскрываться, чувствовать, что они не одиноки, и осознавать свою силу.

Польза для участников группы — преодоление чувства изоляции, взаимная поддержка, информация и консультации, дополняющие государственные и общественные службы, возвращение в общество, практическая помощь, повышение знаний об опыте (ситуации), формирование полезных навыков и уверенности в себе, конкретные результаты (трудоустройство, стабилизация материального положения, преодоление алкоголизма и наркомании).

Группа научила пациентов осознавать свою значимость, свои потребности и возможности, свое внутреннее состояние, сформировала навык эффективного общения с другими людьми. Участники группы начали более открыто говорить и обсуждать свои проблемы, проявлять личностные качества, эффективно общаться между собой и с другими людьми. В процессе группового взаимодействия получено намного больше информации о пациентах, об их интеллектуальных возможностях, жизненном опыте, потенциальных возможностях самореабилитироваться и развиваться, чем в обычных условиях. Появились сплоченность участников групп, взаимопонимание и поддержка, у некоторых сложились определенные взаимоотношения, установились контакты с другими приглашенными специалистами. Все это в совокупности не только условие, но и ресурс физического и психического здоровья человека. Пациенты отметили, что взаимная поддержка в группе помогает им более успешно адаптироваться в социуме.

Программа тренингов для пациентов с психическими расстройствами имеет целью применить на практике различные групповые методики терапий, чтобы сформировать у потребителей психиатрической службы навыки социальной адаптации и оказать психосоциальную помощь. В ее задачи входит: формирование навыков самонаблюдения; формирование навыков конструктивного взаимодействия с другими людьми; профилактика рецидивов; обработка информации; содействие в осознании собственных потребностей и возможностей, формирование активной установки в

отношении к организации своей жизни. В тренингах для пациентов с психическими расстройствами применяются следующие методы: групповое обсуждение и дискуссии; ролевые игры и моделирование ситуации; арттерапия как средство творческого самовыражения; коммуникативное взаимодействие.

4.5. Психосоциальная профилактика и реабилитация лиц с аддиктивным поведением

4.5.1. Профилактика аддиктивного поведения

Опыт психосоциальной терапии и консультирования подтверждает следующие правила:

- о поведенческих отклонениях нельзя судить, не принимая во внимание социального окружения личности;
- изменение социального окружения, особенно в кризисные периоды жизни, оказывает на личность и последующую судьбу человека порой более глубокое воздействие, чем биологические факторы;
- профилактике девиантного поведения способствуют изучение и устранение его причин, а не последствий.

Всемирной организацией здравоохранения принята классификация профилактики, предусматривающая первичную, вторичную и третичную ее формы.

Первичная профилактика — работа с условно здоровыми людьми, среди которых существует определенное количество лиц из «группы риска». Это могут быть дети, подростки и взрослые с асоциальным поведением; те, кто имели опыт бродяжничества, пробовали наркотики, алкоголь, имеют друзей или членов семьи, употребляющих алкоголь или наркотики; лица с генетической предрасположенностью к психическим заболеваниям или находящиеся в неблагоприятных семейных или социальных условиях и т.д. Первичная профилактика — это система действий, направленная на формирование позитивных стрессоустойчивых форм поведения с одновременным изменением дезадаптивных, уже сформированных нарушенных форм поведения.

Вторичная профилактика предназначена людям, у которых поведение риска уже сформировано. Это система действий, направленная на изменение уже сложившихся дезадаптивных форм поведения и позитивное развитие личностных ресурсов и личностных стратегий.

Третичная профилактика — это профилактика рецидивов через систему действий, направленную на уменьшение риска совершения асоциальных поступков или возобновления употребления алкоголя, наркотиков, а также на активизацию личностных ресурсов, способствующих адаптации к условиям среды и формированию социально-эффективных стратегий поведения.

4.5.2. Психосоциальная реабилитация химически зависимых (алкоголизм, наркомания, токсикомания)

В зависимости от направленности профилактики и реабилитации на категорию населения можно выделить следующие стратегии:

- работа с «группами риска» в медицинских и медико-социальных учреждениях; создание сети социально-поддерживающих учреждений;
- работа в школе, создание сети «здоровых школ», включение профилактических занятий в учебные программы всех школ;
- работа с семьей;
- профилактика в организованных общественных группах молодежи и на рабочих местах;
- профилактика с помощью средств массовой информации;
- работа с «группами риска» в неорганизованных коллективах (на улицах), с безнадзорными, беспризорными детьми.

В задачи реабилитации входят:

- профилактика рецидивов и психосоциальная адаптация; формирование знаний и навыков противодействия употреблению наркотических веществ. Информирование детей, подростков, родителей и учителей в организованных и неорганизованных группах населения о действии и последствиях злоупотребления психоактивными веществами в сочетании с развитием стратегий и навыков адаптивных форм поведения помогает сформировать образ жизни, способствующий здоровью.

- постоянное формирование мотивации на стресс-совладающее поведение; развитие протективных факторов здорового и социально-эффективного поведения, личностно-средовых ресурсов и поведенческих стратегий. Человек, эффективно использующий поведенческие стратегии, копинг-ресурсы, имеющий социально поддерживающее окружение, оказывается более защищенным от стрессовых факторов.

- развитие преодолевающего проблемы поведения, ведущего к формированию здорового образа жизни. Человеку требуется помощь психотерапевта, тогда он сможет осознать свои эмоциональные личностные проблемы, сформировать желание избавиться от зависимых способов поведения, развить умение управлять своим поведением;

- осознание личностных духовных ценностей. После курса реабилитации вновь приходится сталкиваться с окружающим миром, со стрессами, с новыми требованиями социальной среды. Это кризисное состояние — один из основных проблемных моментов, приводящих к срыву. На данном этапе человеку необходимо осознание личностных духовных ценностей, в этом ему может помочь экзистенциальная и личностно ориентированная психотерапия;

- изменение дезадаптивных форм поведения у представителей «групп риска» и членов их семей на адаптивные. В процессе реабилитации необходима регулярная отработка навыков проблемно-преодолевающего и социально-поддерживающего поведения, потому что эти навыки никогда не бывают абсолютны;

- развитие социально-поддерживающего поведения, ведущего к формированию здорового жизненного стиля. У каждого человека должна быть возможность поделиться своими бедами, печалью или радостями, ощутить поддержку «значимого другого». Важно научить людей социально-поддерживающему поведению, мотивировать их на оказание помощи родным и близким, активизировать их ресурсы для поиска поддержки в случае необходимости. Люди, у которых есть сеть социальной поддержки (семья, друзья, «значимые другие»), легче справляются с проблемами, более эффективно преодолевают стрессы. Формирование мотивации на эффективное социально-психологическое и физическое развитие. Формируется позитивное отношение к окружающему миру, желание вести здоровый образ жизни.

В зависимости от времени воздействия выделяют три категории профилактических программ: постоянные, систематические и периодические.

Постоянные программы — это модель профилактики в каком-то определенном месте, например на базе определенных школ, где проводятся регулярные профилактические занятия с детьми, подростками, учителями, ведется подготовка субспециалистов (лидеров-сверстников, лидеров-учителей, психологов, лидеров-родителей), которые будут продолжать постоянную профилактическую работу.

Систематические программы предполагают проведение регулярных профилактических мероприятий, рассчитанных на определенный промежуток времени (несколько месяцев, несколько раз в год и т.д.).

Периодические программы — это периодическая профилактическая деятельность, проведение мероприятий, побуждающих задуматься о здоровом образе жизни. Они могут оказаться для некоторых людей поворотным пунктом к началу новой жизни.

Профилактические программы подразделяются по направлениям работы на когнитивные, аффективные, аффективно-интерперсональные, поведенческие, альтернативные, средовые, общественные, ориентированные на семью и др. В настоящее время существуют три вида технологических интервенций (воздействий): универсальная, индикативная и модификационная.

Универсальная, или предупредительная, интервенция направлена на обучение здоровому образу жизни, формирование стрессоустойчивой личности, способной эффективно преодолевать жизненные трудности, снимать эмоциональное напряжение без употребления психоактивных веществ.

Индикативная, или селективная, интервенция рассчитана на «группы высокого риска». У нас в стране эта стратегия применялась в 1980—1990-е гг., но использовалась непрофессионально, носила элементы авторитарности. Она направлена на выявление «групп высокого риска» и определение методов работы с ней. Такая работа охватывает менее широкие слои населения, чем универсальная.

Модификационная интервенция направлена на группы людей, злоупотребляющих наркотиками или другими психоактивными веществами

(ПАВ), т.е. на еще более узкий круг лиц. Среди них могут быть как люди со сформированной физической зависимостью от ПАВ, так и те, у кого зависимость еще не успела сформироваться. Необходима разработка определенных технологий взаимодействия с этими группами людей.

Следует создать мотивацию на прекращение употребления наркотиков, реабилитацию после лечения, помочь человеку адаптироваться к жизни без употребления наркотиков. Проанализируем способы организации профилактических воздействий и уточним, какие структуры ответственны за их проведение.

Существует ряд технологий, целью которых выступает помощь людям в осознании и преодолении барьеров (эмоциональных, когнитивных и поведенческих), препятствующих пониманию необходимости изменения форм собственного поведения.

Эмоциональные барьеры мешают справиться с трудной жизненной ситуацией самостоятельно, затрудняют осознание человеком причин своих тяжелых эмоциональных переживаний и не адекватности их проявлений. Чтобы заглушить свои эмоции, люди зачастую используют психоактивные вещества. Обучение способности проявлять и осознавать свои эмоции — сложная задача для «зависимых», а принять решение изменить свое поведение человек сможет только после осознания своих истинных чувств, того, что мешает нормально жить.

Когнитивные барьеры не позволяют человеку адекватно осмыслить ситуацию. В распоряжении «зависимого» человека имеется целый арсенал когнитивных уловок, мифов, защитных механизмов, направленных на самообман, на создание иллюзорно-компенсаторной действительности. Человек начинает жить в несуществующем мире. Ему кажется, что он может контролировать ситуацию, управлять ею. На самом деле, реальность другая, поэтому только преодоление когнитивного барьера может привести к переосмыслению ситуации, к осознанию, что выбранный путь ведет к заболеванию, деградации и даже к смерти. Человек понимает, что определенные формы поведения разрушают его самого и жизнь окружающих.

Необходимо также снять поведенческие барьеры. После переосмысления ситуации человек начинает иначе воспринимать свое поведение, поведение других людей. Поэтому основная цель реабилитации — построение успешного поведения, изменение его в сторону выздоровления на основании личного опыта преодоления трудностей либо болезни и опыта преодоления проблемных и стрессовых ситуаций.

Эти технологии условно можно подразделить на: медико-психологические, медико-биологические, педагогические и социальные.

Медико-психологические технологии относятся к технологиям первичной профилактики. Их цель — адаптация к требованиям социальной среды, формирование и развитие социальной и персональной компетентности, ресурсов личности, адаптивных стратегий поведения, эффективного жизненного стиля и поведения. Этой работой с населением могут заниматься специалисты в области профилактики.

Социальные и педагогические технологии направлены на предоставление объективной информации, создание мотивации на здоровый образ жизни, создание сетей социальной поддержки. Эта цель может быть достигнута разными способами: с помощью средств массовой информации, обучения в школе, подготовки специалистов, которые в дальнейшем смогут работать с населением.

Цель социальных технологий — формирование социально-поддерживающей и развивающей среды. Данные технологии позволяют обеспечивать социальную поддержку ребенка, подростка или семьи, находящейся в трудной жизненной ситуации. Без такой поддержки им трудно справляться с жизненными проблемами, они могут снова «уйти в аддиктивность и девиантность». В настоящее время в России в той или иной степени развиты следующие социальные технологии: терапевтические сообщества; школьные программы педагогической реабилитации; территориальные локальные социальные программы; реабилитационные программы на рабочих местах.

Основные принципы работы с людьми, употребляющими наркотики:

- предоставление помощи без требования отказа от наркотиков.
- предоставление услуг, которые дают благоприятный немедленный эффект.
- предоставление достоверной и правдивой информации.
- способствовать в получении действенной помощи.

Основные принципы консультирования людей, употребляющих наркотики:

При работе важно установить с ними отношения равенства, а не соподчинения. В общении с профессионалами наркоманы часто чувствуют свою несознательность. Для создания атмосферы равенства может быть полезно пользоваться при общении только именами.

Показывайте клиенту, что Вы с уважением относитесь к информации, которой он или она с Вами делится. Делайте замечания: «Да, Вы и в правду много про всё это знаете!»

Попытайтесь убедить пациента, что у Вас нет своих предубеждений против того, что он употребляет наркотики. Вопрос о том, каковы по своим качествам препараты, которые можно купить на улице будет одним из способов проявить свой непредубеждённый интерес. Другой способ – это просто сказать пациенту, что Вы здесь не для того, что бы его судить, а Вы будете работать с ним и оказывать ему поддержку независимо от того, бросит он употреблять наркотики или нет.

Будьте честными с клиентом, когда дело касается других служб и организаций.

Не задавать вопросы из праздного любопытства.

Вы имеете полное право говорить «Я не знаю», Вы и не должны всё знать. Вы можете сказать так: «Я этого не знаю, но Вы можете обратиться в... место, где Вы сможете узнать интересующую Вас информацию, или мне

понадобиться некоторое время для того, что бы я смог узнать ответ на Ваш вопрос, и мы встретимся тогда то и я Вам скажу»,

Если на каком-то этапе Вы понимаете, что у Вас не хватает сил помогать другим людям, вы должны принять решение не консультировать (или не делать ту работу, которую Вы сейчас выполняете) вообще или по данному вопросу.

4.5.3. Технология работы с суицидальными клиентами

Основные мероприятия психологического обеспечения психосоциальной работы по предупреждению суицидального поведения могут быть представлены следующим образом:

1. Эффективная работа психолого-суицидологической службы по накоплению, систематизации и использованию опыта профилактической деятельности, анализу тенденций и разработке специальных научно-практических программ.

2. Умелое прогнозирование суицидальной активности и усиление профилактической работы по социальным группам, временам года и обстоятельствам.

3. Обучение молодежи приемам и способам снижения уровня неконструктивной конфликтности, полноценному использованию существующих возможностей по формированию правовой культуры и правоисполнительной обстановки на местах.

4. Систематическое проведение мероприятий психогигиены и оказания адекватной психологической помощи людям с острым личностным кризисом.

Выявление суицидальных намерений. О суицидальных намерениях могут свидетельствовать следующие предупреждающие знаки:

- сниженное настроение;
- нарушения сна, режима питания;
- злоупотребление алкоголем, наркотиками;
- саморазрушительное поведение;
- разговоры о смерти, обращение к песням, стихам, литературным произведениям, в которых говорится о самоубийстве, смерти, жизни после смерти;
- социальное отчуждение;
- снижение внимания к себе (неопрятность, неряшливость, прогулы);
- резкое изменение состояния, например внезапное просветление после периода длительной депрессии;
- резкие изменения в поведении: человек, который был застенчивым и тихим, внезапно становится шумным и экстравагантным, а тот, кто был общительным и дружелюбным, отстраняется от людей;
- приведение дел в порядок — составление завещания, улаживание всех мелких ссор с друзьями и соседями, раздача долгов, устройство на попечение домашних животных;
- для подростка — раздаривание любимых кассет, книг, безделушек;

- разговор об отсутствии смысла жизни, о собственной ненужности, о безвыходности своей ситуации.

К факторам, увеличивающим риск суицида, относятся:

- суицидальные попытки в прошлом;
- годовщины утрат;
- переживание потери;
- алкоголизм;
- смертельные болезни (СПИД, рак);
- психическое заболевание.

Работа специалиста с суицидальным клиентом. Разумеется, человек может быть печальным и не стремиться покончить с собой, а составление завещания может означать только сознание ответственности перед семьей, и ничего более. Но сочетание нескольких разных признаков должно настораживать. Клиенту не всегда легко прямо сказать о своих намерениях, он может бояться, что его не поймут, будут упрекать, уговаривать, насмехаться.

Если у специалиста (или консультанта) в процессе разговора появляется предположение, что клиент имеет суицидальные намерения, необходимо задать прямой вопрос, назвав вещи своими именами. Это покажет человеку, что консультант принимает его, не испытывает страха или неприязни.

Например: «Я услышал, вы сказали, что так жить дальше невозможно»; «Меня беспокоит ваше состояние»; «Я хочу узнать, не думаете ли вы о самоубийстве».

Если у человека нет подобных намерений, он просто даст отрицательный ответ. Если он признает, что думает о самоубийстве, нужно определить степень суицидальной опасности, ориентируясь на следующие критерии:

- степень разработанности плана, конкретизацию деталей;
- степень летальности;
- доступность средств.

Прежде всего, дать возможность человеку говорить о своих чувствах, демонстрируя понимание и принятие. Важно определить, какую проблему пытается человек решить с помощью суицида, какую потребность он хочет удовлетворить таким образом: желание обрести покой, избавиться от боли, выразить свою злость, наказать кого-то, заставить прислушаться к себе или попросить о помощи? Консультанту важно «прочитать» это скрытое сообщение. Быть может, есть другой путь получения желаемого. Если нельзя разрешить проблему, то, вероятно, можно сделать что-то, что принесет хотя бы временное облегчение.

Часто начинающие консультанты задаются вопросом: «А если клиент убедит меня в том, что самоубийство — действительно самый лучший для него выход?» Но клиент обращается к консультанту не для того, чтобы посоветоваться, стоит ли ему умирать. И мы не судьи, которые могут решить его судьбу и сделать за него выбор. Задача консультанта в этом разговоре, как

и в любом другом, слушать клиента, понимать и принимать его чувства. Но, разумеется, окончательный выбор, как и в любой другой ситуации, делает сам клиент.

Советы консультантам по работе с клиентами, склонными к суициду

- Не впадайте в замешательство и не выглядите шокированным.

- Не пытайтесь спорить или отговаривать от суицида, вы проиграете спор.

- Не пытайтесь преуменьшить боль, переживаемую другим. Высказывания типа «Нет причин лишать себя жизни из-за этого» лишь показывают человеку, что вы не понимаете его.

- Не пытайтесь улучшить и исправить состояние клиента. Ему больно, и важно показать, что вы это понимаете.

- Не предлагайте простых ответов на сложные вопросы. Принимайте проблемы человека серьезно, говорите о них открыто и откровенно, оценивайте их значимость с точки зрения этого чело века, а не со своей или общепринятой.

- Не говорите: «Подумай, скольким людям гораздо хуже, чем тебе, ты должен быть благодарен судьбе за все, что имеешь!» Эти слова не решат проблемы, а усугубят у человека чувство вины, поэтому они могут принести только вред.

- Никогда не обещайте держать план суицида в секрете.

4.6. Психосоциальная работа в пенитенциарных учреждениях

4.6.1. Психосоциальная профилактика правонарушений

Борьба с преступностью в настоящее время превратилась в серьезную социальную проблему. По данным печати, например, только организованная преступность в стране представлена 12 тыс. организованных преступных формирований, в которых задействовано примерно 80-120 тыс. человек. Организованная преступность контролирует значительную часть частного предпринимательства и государственных предприятий, а также банковских структур. Большая часть ценных бумаг, акций предприятий и финансовых средств аккумулирована в криминальной среде. За последнее время предпринимаются активные попытки криминала проникнуть в структуру государственных и выборных органов. Следовательно, в процессе реализации различных социальных предприятий и программ следует учитывать эту криминальную составляющую и понимать сущность правонарушений, а также социальных аспектов правоохранительной, правовоспитательной и правопрофилактической деятельности.

Понимание сущности девиантного поведения вообще и процесса предупреждения правонарушений в частности имеет три стороны: формальную, инструментальную и содержательную.

Формальная сторона дела заключается, по сути, в оценочных суждениях по классификации правонарушений, структуре, массовости и

распространенности, состоянию и динамике развития криминогенной обстановки, масштабе и уровне ее проявления.

Инструментальная сторона очерчивает тот пласт явлений, который связан с возможными санкциями общества для наведения порядка в процессе социального взаимодействия, методами и формами профилактики отклоняющегося поведения и т.п.

Содержательная сторона исследования правонарушений включает целый комплекс проблем по закономерностям, причинам и видам нарушений, механизмам и условиям, а также тенденциям развития правовой обстановки в стране.

Основные принципы психосоциальной работы по профилактике правонарушений, т.е. делинквентного поведения, с учетом формальной, инструментальной и содержательной сторон этого процесса должны опираться, прежде всего:

1. На четкие представления о видах и функциях социальной нормы как неотъемлемого элемента социального управления, одного из средств социальной ориентации и контроля поведения личности или группы.

Социальная норма обеспечивает:

- стабильность, устойчивость и сбалансированность социальной системы в целом;

- необходимые каналы и средства реализации властных полномочий на всех уровнях;

- соответствующую стратификацию общественных, межличностных и межгрупповых отношений;

- передачу социального опыта регулирования и разрешения трудных ситуаций социального взаимодействия;

- социальный контроль и ориентацию поведения личности и группы и тем самым способствует формированию определенного типа личности, ее отношений к социальной действительности;

- формирование правосознания, правокультуры, мотивации и установок на ответственное и социально значимое действие.

2. На всестороннюю подготовленность и доверие к субъектам социального управления, которые способны нейтрализовать существующие противоречия в сфере управления страной. К таким противоречиям следует отнести, прежде всего: противоречия между ростом масштабов и сложности задач становления рыночных отношений и возможностями социальных институтов оптимизировать этот процесс; противоречия между отживающими формами и способами руководства и управления и новыми функциями государства и его органов; противоречия между декларируемыми нормами и социальными ценностями поведения людей и реальным положением дел с соблюдением их прав в области экономики, культуры и права; противоречия, связанные с изменением социальных ценностей, установок в обществе на длительную перспективу и отсутствием социальных гарантий самого общества по обеспечению социального статуса отдельных социальных групп.

В свою очередь, субъект социального управления в такой ситуации должен уметь целенаправленно обеспечить процесс:

- благоприятной социальной интеграции личности и предупреждения крайних проявлений деформации личностных ценностных установок и ориентаций, социальных статусов и ролей, развития социальной конфликтности в обществе;

- полноценного социального обучения и переподготовки кадров, воспитания и профессионализации отдельных групп населения;

- конструктивного регулирования административно-правовых и гражданских отношений людей и власти;

- предупреждения и искоренения социальных патологий субъектов управления, а именно: бюрократизма, использования служебного положения, взяточничества, вымогательства, корыстных действий.

Классификация социальных отклонений по их типам:

Социальные отклонения по типу нарушаемой нормы могут быть: правовые (преступления и иные правонарушения: административные, гражданские, трудовые, финансовые и т.д.), моральные или правила общежития. В профилактике девиантного поведения в социальной работе существенную роль играют юридически установленные правонарушения.

Неправомерное действие (правонарушение) - это юридические факты, которые противоречат нормам права и нарушают установленный в стране порядок. Все правонарушения делятся на преступления и проступки.

Преступление - это противоправное, виновное, наказуемое общественно опасное деяние, посягающее на охраняемые законом общественные отношения и приносящие им существенный вред.

Проступок - это противоправное и виновное деяние, но не представляющее большой общественной опасности и проявляющееся в вызывающей манере поведения, сквернословии, драчливости, мелком воровстве, пьянстве и бродяжничестве.

Социальные отклонения по типу внутренней структуры можно подразделить: по субъекту (граждане, должностные лица, группы, взрослые, несовершеннолетние, мужчины, женщины); по объекту (по сфере общественной жизни, по социальной направленности, по ценности); по целям (корыстные, насильственные, социально-пассивные); по ориентациям на внешнюю или внутреннюю среду и т.д.

Корыстные правонарушения подростков и юношей - это противоправные действия, которые носят незавершенный "детский" характер, поскольку совершаются из-за озорства, любопытства, немотивированной агрессии. Например, угон автотранспорта, завладение предметами молодежной моды (радиоаппаратура, спортивный инвентарь, модная одежда, деньги, сладости, вино, табачные изделия).

Насильственные правонарушения вызываются потребностями самоутверждения, стадным чувством ложно понятого долга перед своей компанией, недостатками воспитания, особенно в семьях, где нормой поведения было пьянство, грубость и жестокость.

4. На обеспечение эффективного информационного и социолого-профилактического взаимодействия исполнительных, представительных и судебных властей по нейтрализации правонарушений в переходный период реконструкции социально-экономической жизни и политической ситуации.

Информационное взаимодействие основывается на:

- повсеместном знании людьми норм совместного общежития путем систематического и целенаправленного социального информирования населения о ходе реконструкции устаревших правовых норм и особенностях применения вновь установленных правил, при постоянном подкреплении уголовного права, гражданского и административного кодексов жизненными примерами и фактами их реализации;

- диалектическом сочетании возможностей правоинформирования населения об особенностях действия тех или иных правовых норм в регионе, области, крае с действиями процедурно-правового характера соответствующих силовых структур, профессионально и административно-управленческих органов при обеспечении прав и свобод человека как гражданина государства;

- постоянном информационном дублировании нормативной базы в СМИ, а также по другим каналам социальной информации в интересах формирования навыков, умений и привычек правового поведения населения, формирования общественного мнения, которое отвечает национальным интересам, как личности, так и сообщества в целом.

Социолого-профилактическое взаимодействие предполагает выявление, устранение и нейтрализацию негативных условий, которые способствуют совершению правонарушений, постоянное улучшение материальной и организационно-психологической базы профилактики правонарушений. При этом следует учитывать: время получения и содержание информации об объекте профилактики; физические, социальные и психологические аспекты по устранению причин правонарушений; правовые и нравственные рамки допустимого вмешательства в социальные процессы; характер и направленность социальной правовоспитательной и правоохранительной деятельности.

Особое значение для социолого-профилактического взаимодействия имеет правильное использование психологических закономерностей правонарушений, а именно:

- чем труднее социальная ситуация, тем вероятнее проявление асоциальных норм в поведении личности или группы;

- при существенном расхождении объективного содержания ситуации и ее личностного смысла человек чаще поступает в соответствии с личностным смыслом;

- стремление к достижению значимой цели социального взаимодействия через социальное отклонение чаще перевешивает угрозу ответственности;

- чем опаснее социальное нарушение, тем сильнее деформация личностных образований и поведения;

- чем меньше значимость социальной опасности социального отклонения от нормы, тем меньше заметна деформация личности.

Социальная правовоспитательная работа является центральным звеном повышения уровня правокультуры и правосознания населения в силу того, что, с одной стороны, формирует чувство ответственности каждого члена группы за эффективность выполнения своих социальных обязанностей перед коллективом и семьей, а с другой стороны, направляет общественное мнение, а соответственно и морально-психологический климат, на оперативную и полноценную оценку значимости просоциального поведения и деятельности личности.

Правовая культура представляет собой идейно-правовое состояние общества, как составная часть общей культуры народа, наряду с политической, нравственной и экономической культурой. Основными элементами правовой культуры, которые формируются в процессе социальной работы являются:

- *правосознание* - это форма общественного сознания, как совокупность сложившихся идей, взглядов, настроений и чувств, выражающихся в оценке правовых явлений. Правосознание общества проявляется в степени выражения знаний и понимания прав человека, в осознании необходимости строго исполнения законности, веры в право и развитие чувства права и законности у населения;

- *состояние законности в стране*, т.е. степень действительности всех декларируемых принципов обеспечивается реальностью их осуществления, а от этого, соответственно, зависит и прочность правопорядка;

- *состояние правоприменительной практики*, которая связана с деятельностью правоохранительных органов и других правовых структур по защите прав личности или группы, социальной реабилитации лиц, которые отбыли наказание в исправительно-трудовых учреждениях.

В случае нарастания социальной нестабильности с низкой степенью социальной защищенности населения социальные отклонения и правонарушения характеризуются, тем что: социальные отклонения превращаются в устойчивые и повторяющиеся (если они оказываются более эффективным средством достижения цели, например материального благополучия); индивидуальные социальные отклонения имеют способность к распространению, если воспроизводятся причины и условия, породившие это отклонение; социальные отклонения способны породить новые формы социальных отклонений, если не задействованы правоохранительная, правовоспитательная и право-профилактическая деятельность среди населения.

4.6.2. Психосоциальная работа с подростками в воспитательной колонии

Адаптация или приспособление — один из ключевых вопросов, возникающих при лишении свободы человека. В условиях воспитательной колонии понятие адаптации следует рассматривать в широком аспекте. Поскольку именно от условий отбывания наказания: строгих, обычных, облегченных или льготных — будет зависеть суть проблемы, так как при

переходе из одних условий в другие, пусть даже в пределах одной колонии, меняются социальная среда, распорядок дня, трудовая и учебная деятельность, оценка перспектив, стремления воспитанника. Поэтому очень важно сформировать у подростка умение адаптироваться. Адаптацию новичка следует рассматривать как активное взаимодействие личности с новой окружающей действительностью.

Основная цель социально-психологической адаптации и ее конечный результат — благополучное вхождение в коллектив, появление чувства уверенности в отношениях с членами коллектива, удовлетворенность своим положением в этой системе взаимоотношений. Более половины преступлений, за которые подростки осуждены, совершены в группах, часть осужденных до водворения их в воспитательную колонию были приговорены к условному наказанию, состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних.

К объективным факторам относятся условия внешней среды, условия, в которых подросток находился до помещения в новую обстановку. Для адаптации к ней осужденных ведется психосоциальная подготовка. Коррекционно-профилактическая работа начинается еще в карантине. Попадая в колонию, подросток встречается с трудностями, к преодолению которых он не всегда готов. Нередко эти препятствия осложняются отношением окружающих к осужденным, что ведет к чрезмерному возбуждению или торможению нервных процессов, нервным срывам.

Характеристики социально-психологической дезадаптации подростков в условиях воспитательной колонии.

1. Высокий уровень тревоги. Больше половины вновь прибывших в воспитательную колонию несовершеннолетних осужденных имеют высокий уровень тревожности, что препятствует формированию адаптационного поведения. Анализируя причины, выделив в тревоге компоненты, можно успешно ориентироваться в трудностях воспитанника.

2. Практически у каждого осужденного подростка отмечаются (в той или иной степени) эмоциональная напряженность, неудовлетворенность жизненной ситуацией, сниженный эмоциональный фон, а также какие-либо расстройства. Попадая в воспитательную колонию, подросток узнает, что такое распорядок дня, правила поведения. Именно поэтому возможны расстройства сна, вялость, пассивность, быстрая утомляемость, «уход в себя». Все это можно преодолеть еще в медицинском карантине. Чем больше он получит информации, тем легче, быстрее привыкнет к жизни отряда.

3. Большое место в общей тревожности подростка занимают всевозможные страхи, ощущение непонятной угрозы, связанная с этим неуверенность в себе и т. п. Особенно осторожно необходимо действовать при поступлении так называемых обиженных осужденных. Зачастую группа вновь прибывших воспитанников настолько заражена элементами тюремной субкультуры, что приходится прилагать немало усилий для разрешения ситуации. Единого рецепта здесь нет, работа строится как с самим воспитанником (лучше всего индивидуально), так и с остальной группой медицинского карантина. Здесь важен принцип равенства осужденных.

Аналогичным образом решаются вопросы относительно лидеров отрицательной направленности (первые затруднения обычно возникают при выполнении обязанностей дневального по уборке помещений). Хорошо помогают здесь примеры знакомых воспитанников, которые вели себя подобным образом, но пересмотрели свои взгляды по прибытии в колонию. Также необходимо помнить, что требования одинаковы для всех и не выходят за рамки, установленные УИК РФ, правилами внутреннего распорядка исправительного учреждения.

4. Идентификация подростка с тюремной субкультурой опасна еще и тем, что накладывает отпечаток на оценку перспективы его пребывания в колонии, на характер взаимоотношений со сверстниками. Не удивительно, что практически все вновь прибывшие 18-летние стремятся уехать в исправительную колонию. Но большая их часть все-таки остаются, увидев отношение сотрудников, перспективу освобождения (возможно условно-досрочное освобождение). Поэтому оптимальный прием — убеждение воспитанника не спешить с принятием решения, а присмотреться и действовать более обдуманно, опираться на свои впечатления.

5. В зависимости от личностных качеств, образования и просто возраста меняется и круг общения воспитанника. Если же, попав в отряд, он ни с кем не общается, замкнут — это сигнал опасности, здесь нужна помощь психолога и воспитателя.

Свои первые впечатления о колонии осужденные получают в медицинском карантине. Сотрудники всех отделов и служб посещают их в этот период, чтобы получить необходимую информацию, а также познакомиться, рассказать о своем направлении работы, вопросах, которые могут решать. Это учителя, мастер учебно-производственных мастерских, медицинские работники, сотрудники воспитательного, оперативного отделов, психологи; специалисты по социальной работе.

В колонии у воспитанников формируется психологическая готовность жить и действовать в новых условиях. *Психосоциальная подготовка* помогает преодолеть инертность психики, ускоряет ее перестройку в связи с изменениями обстоятельств. В течение первых двух недель нахождения осужденного в карантине с ним проводится работа, направленная на выявление уровня адаптивных способностей. Используются следующие приемы и методы: наблюдение, беседа, обобщение независимых характеристик, тестирование. Проводится обработка данных, и составляются характеристики с возможным прогнозом поведения. Работа с осужденными в период их адаптации продолжается и в отрядах по выходе из карантина. Она заключается в индивидуальных беседах, разборе конфликтов и осложненных отношений, выявлении притесняемых осужденных и оказании им помощи. Рассмотрим специфику организации условий социальной адаптации различных категорий осужденных.

Работа проводится в несколько этапов.

Первый этап. Сначала беседа, цель ее — личное знакомство, знакомство с работой психолога и специалиста по социальной работе, как, где

их можно найти, в каких случаях может быть полезен психолог либо специалист по социальной работе. Затем ознакомление с личными делами осужденных в спецчасти, заводится карта социально-психологического сопровождения воспитанника, в которой хранится вся информация о нем, результаты тестирования. После обработки результатов проводятся индивидуальные беседы, уточняются и корректируются данные для составления социально-психологической характеристики воспитанника; потом происходит углубленное знакомство. Выясняются сведения автобиографического характера, информация о родителях, друзьях, уровне жизни, материальном достатке, увлечениях, о взаимоотношениях в семье, школе, на улице, чтобы узнать предпосылки совершенного преступления. Таким образом, выявляется степень социального отчуждения и криминальной вовлеченности.

После анализа событий последнего промежутка времени перед арестом можно представить в качестве гипотез возможные трудности в адаптации подростка. Одновременно проводить свои наблюдения должен и воспитатель медицинского карантина. В первые дни особенно важно взаимодействие психолога, воспитателя и специалиста по социальной работе, чтобы увидеть возможные проявления в ситуациях, где необходима помощь, и вовремя отреагировать на них. Многие воспитанники приезжают в колонию с отрицательной установкой, не зная конкретных фактов, а опираясь на чьи-либо мнения в следственном изоляторе. Поэтому крайне важно создать первое впечатление о колонии, с которым воспитанник будет жить до получения своих наблюдений. При распределении контингента медицинского карантина психолог и специалист по социальной работе информируют о возможных трудностях адаптации, предоставляют социально-психолого-педагогическую характеристику, говорят о необходимости определить осужденного в группу риска, поставить на оперативный или профилактический учет.

Если воспитанник попал в одну из групп (например, склонные к аутоагрессии, конфликтным проявлениям), работа с ним строится по плану группы, которую он будет посещать. Здесь одновременно с психокоррекционными мероприятиями на контроль берется и вопрос о степени адаптивности. По истечении трехмесячного срока пребывания в воспитательной колонии проводится плановая встреча каждого воспитанника со специалистом по социальной работе и психологом. Проходит она в кабинете психологической поддержки и носит непринужденный характер. Параллельно с беседой используются произвольные письменные опросы. Результатом встречи становится оценка адаптации. Обращается внимание на поддержку родных, на установление взаимоотношений с воспитателем отделения, с ребятами, на оценку перспектив его пребывания. Возникшие трудности обсуждаются, даются рекомендации. По итогам этих встреч вносятся коррективы и в индивидуальные перспективные планы воспитательной работы с осужденными, составляемые воспитателем.

Второй этап. Адаптация к строгим условиям отбывания наказания. Помещение воспитанника в дисциплинарный изолятор, особенно на срок

более суток, должно быть согласовано с психологом. Некоторые осужденные имеют психопатологии, ауто-агрессивные тенденции, поэтому реакцию подростка на наказание иногда тяжело спрогнозировать воспитателю, сотруднику режимного отдела безопасности. Каждый воспитанник переносит изолятор по-разному, поэтому психолог должен быть рядом и, не снижая воспитательного воздействия, контролировать психическое состояние осужденного, может быть, помочь разобраться в понимании неправомерности поступка, осознать справедливость наказания.

Есть иная группа осужденных, которые не уступают, сопротивляются законным требованиям администрации. И свой срок они продолжают отбывать в строгих условиях. Часто в первое время (а помещают, как правило, на шесть месяцев), воспитанник не чувствует трудностей, считает, что справится с очередным наказанием, не изменив своих взглядов, отношения к своим поступкам, поведению, но с течением времени он понимает, что трудности есть. Самая большая из них, конечно же, не ограничения в посылках, передачах, а отсутствие, дефицит общения. Здесь и будут нужны психолог и специалист по социальной работе. Сначала необходимы мероприятия по углубленному изучению личности, сбор и обработка информации о жизни, взаимоотношениях в отряде. После этого организуются еженедельные занятия, беседы. Тему бесед может предлагать и сам воспитанник. Цель — анализ поступков, разбор событий в отряде, выявление новых ориентиров, перспектив, обсуждение путей, методов их достижения.

Третий этап. Адаптация к льготным условиям отбывания наказания. Попав в льготный отряд, воспитанник снова перестраивается, можно сказать, адаптируется. Требуется больше ответственности, доверия со стороны администрации, воспитаннику нужны ясные перспективы и желание продолжать работу над собой. Он привыкает жить не только внутренними событиями колонии, начинает интересоваться событиями в стране. Итак, в льготных условиях воспитанники живут в режиме поиска ответов на поставленные воспитателем, психологом, специалистом по социальной работе или им самим вопросы, и подростка нужно адаптировать, приспособлять к такому режиму жизни.

Если не проводить постепенной работы, не настраивать, не ориентировать на жизнь за пределами колонии, то самостоятельно (у большинства воспитанников) механизмы адаптации включатся слишком поздно, непосредственно перед освобождением. Зачастую воспитанник в силу своего возраста не осознает масштаба проблем, ожидающих его за воротами.

Жизнь на свободе отнюдь не способствует закреплению установок, полученных в колонии. Не имея возможности изменить ситуацию, остается только совершенствовать работу по подготовке воспитанников к освобождению. Поэтому с первых дней жизни в льготных условиях, когда до перспективы освободиться условно-досрочно еще месяцы, необходимо разбирать проблемные, трудные ситуации, мысли, события из их гражданской жизни, учитывая опыт недавно освободившихся, вносить коррективы в тематику занятий. Каждый воспитанник, выйдя на свободу, должен иметь

план первых своих шагов, общее представление о жизни, цель, к которой он будет стремиться.

Один из способов включения человека в социум — побуждение к такого рода размышлениям, которые помогают в поиске оптимальной реализации своих способностей, в выборе профессии. Начав с профориентации воспитанника, нужно переходить к другим аспектам его жизни на свободе. Это взаимоотношения с родственниками и друзьями, отношение к преступному прошлому и своему будущему. Заниматься всем этим нужно потому, что, адаптируя воспитанника к условиям отбывания наказания на всех этапах пребывания в колонии, мы готовим почву для продуктивной адаптации подростка в социуме и восстановления утраченного социально-благополучного статуса. Особое внимание уделяется обучению социально одобряемым ролям гражданина, труженика, семьянина. Основная цель социально-психологической адаптации и ее конечный результат — благополучное вхождение в коллектив, появление чувства уверенности в отношениях с членами коллектива, удовлетворенность своим положением в этой системе взаимоотношений.

4.6.3. Методические рекомендации по организации психосоциальной адаптации подростков к условиям колонии

В основу методических рекомендаций для сотрудников воспитательного учреждения положены принципы организации социально-поддерживающего процесса. Координация усилий всех структур воспитательной колонии. Эффективность психосоциальной адаптации и перевоспитания несовершеннолетних правонарушителей во многом зависит от коллектива сотрудников учреждения. Структурными звеньями коллектива являются работники различных отделов и служб, включая воспитательный, оперативный, режимный, производственный, финансовый и иной обеспечивающий аппарат, а также работники общеобразовательной школы, профессионально-технического училища и медицинской части.

Отдел воспитательной работы с осужденными организует нравственное, эстетическое, правовое воспитание; ведет культурно-массовую, физкультурно-спортивную работу; организует свободное от работы и учебы время осужденных. От его работы зависит эффективность воспитательного процесса в целом.

Оперативно-режимный отдел обеспечивает установленный в воспитательной колонии порядок, ведет профилактическую работу по предупреждению правонарушений осужденными, надзор за ними, предупреждает недозволенные связи и преступления, обеспечивает соблюдение правил поведения в учреждении.

Производственная служба промышленных предприятий колонии организует трудовые процессы и трудовое воспитание, развивает у них положительное отношение к труду, формирует трудовые навыки умения. От того, как будет организован труд в учреждении, какими будут отношения и

дисциплина в процессе этого труда, в значительной мере зависит эффективность всего воспитательного процесса.

Учетно-финансовый сектор воздействует на процесс воспитания через сферу экономики, экономического учета и контроля материальной заинтересованности, обеспечивает получение дым осужденным такого заработка, который соответствовал выработке, чтобы все удержания производились законно и своевременно, а денежные суммы переводились лишь тем, кому положено. Вся эта работа должна проводиться в условиях гласности и способствовать развитию у осужденных заинтересованности в результатах своего труда.

Коллектив учителей общеобразовательной школы осуществляет обучение осужденных и их воспитание в процессе преподавания, проводит внеклассные мероприятия. Обладая специальными педагогическими знаниями и навыками, оказывает существенную помощь, в том числе и в процессе адаптации, сотрудникам других служб в их работе с осужденными. Коллектив сотрудников профессионально-технического училище решает важнейшие задачи профориентации и профобразования воспитанников, активно вовлекает их в производственный процесс колонии.

Успех адекватной социальной адаптации и перевоспитания осужденных обеспечивается консолидацией, взаимодействием согласованностью действий сотрудников всех служб. Однако на практике достижение такой согласованности в значительной мер затрудняется. Связано это с тем, что сложившаяся оценка деятельности отделов и служб различна и трудно сопоставима: на производстве — выполнение плана, в профессионально-техническом училище — обучение специальности, в отряде — порядок и дисциплина, в школе — успеваемость и т.д. При таком подходе к оценке деятельности различных отделов и служб и недостаточном организационно-педагогическом взаимодействии между ними нередко на задний план отодвигаются такие цели деятельности воспитательной колонии, как оказание помощи в социальной адаптации к изменившимся условиям жизни и самому процессу воспитания.

Таким образом, коллектив сотрудников не всегда коллектив воспитателей. Чтобы он стал таковым, необходима систематическая, постоянная, кропотливая работа администрации по его формированию и сплочению, которая предполагает создание морально-психологического климата в коллективе сотрудников; выработку единой для всех сотрудников ценностной ориентации по поводу основных вопросов деятельности учреждения; формирование профессиональной направленности; введение в действие четко продуманной системы воспитательной работы с осужденными.

Социальная адаптация к условиям воспитательной колонии с помощью специалистов. Один из аспектов, влияющих на организацию коллектива воспитателей, — формирование профессиональной направленности сотрудников. Она представляет совокупность свойств личности работника, определяющих устойчивую и сильную привязанность человека к избранной

деятельности. В воспитательной колонии речь идет о социально-педагогической и профессиональной направленности, выражаемой:

- в осознании сотрудниками социальной значимости своего труда именно как перевоспитания лиц, совершивших преступления, глубоком убеждении в необходимости выполняемой работы;
- чутком, искреннем, справедливом и требовательном отношении к осужденным, исключая формализм, в проявлении оптимистического подхода к личности осужденного;
- стремлении сотрудников воспитательной колонии к совершенствованию педагогического, профессионального мастерства.

Выработка и введение в действие четко продуманной системы воспитательной работы осужденными предполагают правильную организацию их жизнедеятельности, индивидуально-воспитательной работы, коллектива самодеятельных организаций. Воздействия на воспитанников должны осуществляться системно, регулярно с диагностикой динамики процесса психосоциальной адаптации. Особого внимания требует процесс адаптации к службе молодых сотрудников, пришедших на работу в колонию из других сфер деятельности, их профессионального становления как воспитателей. Действенное средство решения этой проблемы — наставничество.

Согласованность воспитательной деятельности сотрудников во многом зависит от постоянного совершенствования их профессионального мастерства, расширения сферы знаний по педагогике, психологии, праву, от овладения передовым опытом. Только в результате целенаправленной систематической работы коллектив сотрудников может превратиться в коллектив воспитателей. Это, по сути дела, коллектив единомышленников. Основная его цель — оказание осужденным помощи в адаптации к условиям проживания в воспитательной колонии и сам процесс воспитания. Такой коллектив в достаточной мере обладает профессиональным мастерством, единой методикой воспитательной работы, реализует практически единые режимно-педагогические требования. Для такого коллектива свойственно заинтересованное отношение к общим результатам работы.

Совместная деятельность служит предпосылкой объединения в коллектив воспитателей. Единство действий в достижении поставленной цели — необходимый компонент воспитательной деятельности. Единство взглядов, единая педагогическая позиция членов коллектива выражаются в отборе средств, форм и методов воспитательной работы, в стиле взаимоотношений с осужденными, в мере доверия к ним.

Деятельность коллектива воспитателей во многом зависит от успешного взаимодействия отделов и служб при решении любых вопросов, особенно организации воспитательного процесса и процесса адаптации к изменившимся условиям жизни. Отсутствие единства режимно-педагогических требований к осужденным может привести к социальной дезадаптации осужденного подростка. Так, сотрудники оперативно-режимного аппарата в своей дисциплинарной практике должны учитывать мнение начальников отрядов

как непосредственных организаторов воспитательного процесса, а не использовать наложение взыскания в качестве крайней меры наказания.

Взаимодействие, как правило, осуществляется в массовых и индивидуальных формах. К массовым формам относятся общие собрания сотрудников, на которых решаются проблемы эффективности деятельности колонии; работа в методических советах, советах воспитателей отрядов; оперативные совещания при начальнике колонии, производственные совещания; педагогические советы в школе; научно-практические семинары и конференции.

Индивидуальные формы — это беседы руководителей учреждений с сотрудниками различных отделов и служб, в которых затрагиваются вопросы взаимодействия; беседы сотрудников между собой с целью обмена информацией о поведении и деятельности осужденных; решение вопросов посещаемости и успеваемости осужденных в общеобразовательной школе и профессионально-техническом училище. Указанные формы взаимодействия одинаковы для сотрудников всех подразделений учреждения. В то же время особая роль в этом процессе отводится отделу воспитательной работы, который, по существу, становится организатором такого взаимодействия.

Успешное решение задач по поддержанию порядка в колонии и укреплению режима содержания осужденных во многом определяется деятельностью оперативно-режимных отделов, сотрудники которых обязаны выступать перед воспитанниками с докладами об укреплении режима и дисциплины, разъяснять законодательство, права и обязанности осужденных, правила их поведения, а также знакомить их с условиями отбывания наказания, традициями учреждения, особенностями режима.

Сотрудникам оперативного отдела и отдела режима совместно с начальниками отрядов рекомендуется проводить циклы лекций и докладов по юридическим вопросам; групповые, индивидуальные беседы и политинформации по политическим вопросам; принимать участие в выпуске стенгазет и передачах по местному радиовещанию, имеющих целью развитие правового сознания осужденных, воспитание чувства ответственности за совершенные поступки, выработку дисциплинированности, соблюдение требований администрации учреждения; следить за постоянным обновлением стендов, посвященных правовой пропаганде.

Отдел воспитательной работы, взаимодействуя с работниками оперативно-режимного отдела, использует воспитательные возможности коллектива осужденных, проявляет заботу о его сплоченности, обеспечивает гласность проводимой работы по укреплению режима и ее результатов. В этих условиях в учреждении и отрядах широко используются такие формы, как общие собрания осужденных, на которых обсуждаются состояние дисциплины и задачи по ее укреплению, заслушивание их отчетов на заседаниях наблюдательной комиссии, советов воспитателей, аттестационной комиссии, совета учреждения и советов отрядов.

Взаимодействие сотрудников отдела воспитательной работы, преподавателей общеобразовательной школы и профессионально-технического училища должно осуществляться по нескольким направлениям:

- взаимная информация. Преподавателям школ рекомендуется постоянно информировать воспитателей об отношении воспитанника к учебе, о его дисциплине, о способностях, чертах характера, склонностях, достоинствах и недостатках. Начальникам отрядов необходимо регулярно сообщать преподавателям профессионально-технического училища и учителям школы о производственной деятельности, об особенностях личности осужденного подростка, о его поведении в быту и на производстве, участии в общественной жизни отряда и колонии;

- совместная подготовка и проведение мероприятий в отряде, классе, школе;

- индивидуальная совместная работа, совместное изучение личности осужденного-учащегося;

- привлечение сотрудников производственной службы к воспитательной работе с осужденными.

Коррекционно-реабилитационная, профилактическая и развивающая работа с осужденными подростками, относящимися к «группе риска». В частности, разработана программа по профилактике употребления наркотиков и других психоактивных веществ «Жизненные навыки и стратегии преодоления проблем». Программа рассчитана на 12 учебных часов. Наиболее эффективно проведение трех занятий по четыре академических часа. Основная форма обучения — групповая работа с воспитанниками, предполагающая развитие внутригрупповых процессов взаимодействия. Также предусматривается самостоятельная работа (выполнение домашних заданий). До начала занятий рекомендуется провести предварительное экспериментально-психологическое тестирование с целью определения ориентировочного уровня отношения участников к употреблению наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ, опыта употребления; знаний о них; навыков отказа от них; поведения в ситуациях употребления наркотиков, исходного уровня развития поведенческих копинг-стратегий и личностно-средовых ресурсов. После завершения программы рекомендуется повторное исследование уровня усвоения навыков для определения эффективности работы.

Цели программы:

- снизить у осужденных подростков потребность в употреблении сигарет (пива, наркотиков) и других психоактивных веществ;

- развить у них навыки конструктивного поведения, способствующие их адаптации к условиям воспитательной колонии, социальной интеграции, психическому и физическому здоровью.

Задачи программы:

- помочь воспитанникам освоить активные стратегии совладания со стрессом путем обучения социальным навыкам, а также способам преодоления стресса;

- способствовать развитию и совершенствованию ресурсов личности и ресурсов социальной среды для совладания с ситуацией изоляции и устойчивости к изменившимся условиям жизнедеятельности в изоляции.

Принципы построения программы:

- многофакторность воздействия на личность и окружающую ее социальную среду. Вовлечение представителей социальных сетей — лидеров: значимых членов отряда, воспитанников других отрядов, отрядного актива;

- использование разнообразных форм работы (групповая, индивидуальная, самостоятельная);

- формирование группы воспитанников, которые в будущем смогли бы выполнять социально-поддерживающие и обучающие здоровому поведению функции, а также организовывать новые группы воспитанников для участия в программе;

- обсуждение результатов и эффективности программы со всеми заинтересованными лицами, выявление ошибок, проблем и путей их преодоления;

4.6.4. Психосоциальная работа в местах лишения свободы

Профессиональная этика специалиста при осуществлении психосоциальной работе в местах лишения свободы (МЛС).

1. Уважение к осуждённым и администрации: сотрудник программы признаёт ценность жизни и конституционные права каждого человека, с которым работает.

2. Соблюдение закона и принятых норм на месте в МЛС: Если сотрудник программы не соблюдает законы Российской Федерации и принятие в данном учреждении нормы, то возможно возникновение конфликта либо с администрацией, либо с осуждёнными что может привести к негативным последствиям для работы.

3. Забота о себе и о своих коллегах: Проводя ту или иную работу в МЛС, сотрудник программы должен проявлять внимание к себе и к своим коллегам. Одно из первых правил работы – это забота о безопасности сотрудников. Поэтому, в случае возникновения трудностей у коллег или у себя не стесняйтесь попросить помощи и будьте готовы оказать помощь. Избегайте ситуаций, когда Вы или Ваши коллеги могут пострадать. В крайнем случае, лучше остановить работу, чем подвергать себя или коллег физическому или моральному ущербу.

4. Дополнительные рекомендации при проведении работы с осуждёнными:

1) Не давай обещаний, которых не сможешь выполнить наверняка;

2) Если ты дал обещание, даже в отношении незначительных вещей - обязательно выполни его. Среди осужденных выполнение данных обещаний играет очень важную роль. Если человек не выполняет обещания – он утрачивает доверие других осужденных, а так же может приобрести массу проблем (быть избитым, «опущенным» или «поставленным на долг»);

3) Не давать непроверенную информацию;

4) Если нет ответа на поставленный вопрос в данный момент, предоставьте информацию по этой теме в следующее посещение. Не бойтесь признаться в том, что Вы чего-то не знаете. Запишите вопрос и постарайтесь найти на него квалифицированный ответ к следующей встрече.

5) Соблюдайте профессиональную дистанцию. Всегда помните, что Вы - специалист, всю полученную информацию оценивайте с профессиональной точки зрения.

Критические темы, на которые следует обратить внимание: 1) Сексуальные отношения; 2) Употребления наркотиков; 3) Нанесение татуировок.

1. Сексуальные отношения. Тема секса является закрытой или тщательно скрываеваемой среди осужденных по следующим причинам:

1) Существует запрет на сексуальные отношения со стороны администрации;

2) Секс в МЛС существует, но скрывается, так как в основном используется с целью наказания одних осужденных другими, либо с целью получения материальной выгоды.

2. Употребление наркотиков. Употребление наркотиков в МЛС, также и на свободе, является противозаконным, поэтому при обсуждении данной темы заключенные предпочитают не отвечать на вопросы, которые затрагивают их личный опыт. В связи с этим, освещая данную тему, надо понимать, что вопросы, которые обращены к конкретному участнику в группе и касаются его личного опыта употребления наркотиков, могут привести к негативным для него последствиям. Пример: высказываясь в группе о своём опыте потребления наркотиков в МЛС, человек может привлечь к себе внимание администрации, тем самым, усложнив себе в дальнейшем пребывание в МЛС, то есть даст повод для проведения дополнительных досмотров, цензуры писем, возможно, ухудшения его положения среди других осужденных, так как в большинстве случаев употребление наркотиков не приветствуется.

3. Нанесение татуировок.

Риск заражения инфекцией при нанесении татуировок также присутствует в МЛС, хотя нанесение татуировок является противозаконным в МЛС. При поступлении в МЛС осужденные подвергаются осмотру на наличие татуировок, и если впоследствии администрация узнает о нанесении новых татуировок, осужденного подвергают наказанию в виде помещения в БУР (барак усиленного режима) или другим штрафным санкциям. Поэтому не следует предлагать осужденным демонстрировать в группе свои татуировки или рассказывать о личном опыте нанесения татуировок в МЛС.

Подытоживая всё сказанное выше, рекомендуется при подготовке тем и составлении вопросов уделять внимание существующим в МЛС ограничениям и избегать дискуссий, которые могут касаться личного опыта конкретных участников по вышеперечисленным вопросам. Вся полученная информация должна быть конфиденциальна, чтобы гарантировать безопасность для участников мероприятия в дальнейшем.

4.7. Психологическая помощь безработными: виды, формы и методы социально-психологической поддержки безработных

К важнейшим направлениям психологической помощи безработным относятся:

- **профессиональная информация** — ознакомление различных групп населения с современными видами производства, состоянием рынка труда, потребностями хозяйственного комплекса в квалифицированных кадрах, содержанием и перспективами развития рынка профессий, формами и условиями их освоения, профессиональными требованиями, возможностями профессионально-квалификационного роста и самосовершенствования в процессе трудовой деятельности;

- **профессиональная консультация** — оказание помощи человеку в профессиональном самоопределении с целью принятия им осознанного решения о выборе профессионального пути с учетом собственных психологических особенностей и возможностей, а же потребностей общества;

- **профессиональный подбор** — предоставление рекомендаций человеку о возможных направлениях профессиональной деятельности, наиболее соответствующих его физиологическим, психофизиологическим, физическим особенностям, на основе результатов психологической, психофизиологической и медицинской, гностики;

- **профессиональный отбор** — определение степени профессиональной пригодности человека к конкретной профессии (рабочему месту, должности) в соответствии с нормативными требованиями.

- **профессиональная, производственная и социальная адаптация** - система мер, способствующих профессиональному становлению работника, формированию у него соответствующих социальных и профессиональных качеств, установок и потребностей к активному творческому труду, достижению высшего уровня профессионализма.

Профессиональная ориентация осуществляется в целях:

- обеспечения социальных гарантий в сфере свободного выбора профессии, формы занятости и путей самореализации личности в условиях рыночных отношений;

- достижения сбалансированности между профессиональными интересами человека, его психофизиологическими особенностями и возможностями рынка труда;

- прогнозирования профессиональной успешности в какой-либо сфере трудовой деятельности;

- содействия непрерывному росту профессионализма личности как важнейшего условия ее удовлетворенности трудом и ее собственным социальным статусом, реализации индивидуального потенциала, формирования здорового образа жизни и достойного благосостояния.

К основным методам психологической помощи безработным относятся:

- информирование — индивидуальное, групповое, массовое, непосредственное (лекция, беседа), опосредованное (средствами массовой информации);

- психологическое и медицинское консультирование;
- психологическая, психофизиологическая, медицинская диагностика;
- различные педагогические методы: обучение, тренинги, клубы ищущих работу и т. п.

Социально-психологическая поддержка — система социально-психологических способов и методов, способствующих социально-профессиональному самоопределению личности в ходе формирования ее способностей, ценностных ориентации и самосознания, повышению ее конкурентоспособности на рынке труда и адаптированности к условиям реализации собственной профессиональной карьеры.

Психологическая поддержка осуществляется путем оптимизации психологического состояния человека после разрешения или снижения актуальности психологических проблем, препятствующих трудовой, профессиональной, социальной самореализации на каждом этапе жизни отдельного человека, малых групп, коллективов, формальных и неформальных объединений людей.

Основными направлениями социально-психологической поддержки считаются:

- **психологическая профилактика** — содействие полноценному психическому развитию личности, малых групп и коллективов, предупреждение возможных личностных и межличностных проблем неблагополучия и социально-психологических конфликтов, включая выработку рекомендаций по улучшению социально-психологических условий самореализации личности, малых групп и коллективов с учетом формирующихся социально-экономических отношений;

- **психологическое консультирование** — оказание помощи личности в ее самопознании, адекватной самооценке и адаптации в реальных жизненных условиях, формировании ценностно-мотивационной сферы, преодолении кризисных ситуаций и достижении эмоциональной устойчивости, способствующих непрерывному личностному росту и саморазвитию, включая консультации руководителей по вопросам работы с персоналом и семейные консультации;

- **психологическая коррекция** — активное психолого-педагогическое воздействие, направленное на устранение отклонений в психическом и личностном развитии, гармонизацию личности и межличностных отношений.

Социально-психологическая поддержка проводится в целях:

- психологического обеспечения свободного и гармоничного развития личности в современном обществе на всех этапах ее становления и самореализации;

- предупреждения развития негативных тенденций в психологии людей, преодоления трудностей личностного роста, коррекции отклоняющегося поведения, устранения конфликтных ситуаций во взаимоотношениях.

Основные методы социально-психологической поддержки:

- социально-психологическое просвещение;
- психологическое и психотерапевтическое консультирование;

- социально-психологическая диагностика;
- социально-психологический тренинг;
- социально-психологическая коррекция; другие индивидуальные и групповые методы психологической работы.

Правовая основа психологической помощи и социально-психологической поддержки в России регулируется соответствующими международными правовыми актами, Законом РФ «Об образовании», Законом РФ «О занятости населения в Российской Федерации», Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, Основными направлениями развития государственной системы профессиональной ориентации и психологической поддержки населения в Российской Федерации, утвержденными постановлением Министерства труда РФ от 29.08.95 № 47, другими нормативно-правовыми актами.

Вопросы для повторения

1. Раскройте основные этапы социально-психологического сопровождения личности.
2. Каковы основные принципы социально-психологического сопровождения личности в ситуации кризиса?
3. Что является результатом психосоциального сопровождения личности в период кризиса?
4. Какие выделяют виды специализированной психологической помощи семье?
5. Раскройте сущность семейного психологического консультирования.
6. Опишите основные формы психосоциальной работы в хосписе.
7. Какие виды терапии относятся к терапии средой в хосписе?
8. Какие основные виды копинг-ресурсов личности выделяют в кризисной ситуации?
9. В чем заключаются психосоциальная помощь жертвам насилия?
10. Что относится к наиболее эффективным методам оказания психологической помощи инвалидам?
11. Раскройте основные особенности первичной, вторичной и третичной профилактики аддиктивного поведения.
12. В чем заключаются основные принципы психосоциальной работы с людьми, употребляющими наркотики?
13. Раскройте сущность технологии работы с суицидальными клиентами.
14. Какие основные проблемы возникают при организации психосоциальной работы в пенитенциарных учреждениях?
15. Назовите и содержательно раскройте основные направления и методы психологической помощи безработным?

Резюме по теме

Основными формами специализированной психосоциальной работы с социально неблагополучными группами являются: профилактическая,

коррекционно-развивающая, реабилитационная, консультационная и психотерапевтическая работа.

Психосоциальная помощь семье реализуется через систему методов и методик выявления, предупреждения, понимания, исследования и преодоления личностных трудностей и семейных проблем одного индивида, партнеров, либо всей семьи. Различают четыре основных вида специализированной психологической помощи семье: 1) семейно-психологическое просвещение; 2) семейное психологическое консультирование; 3) семейная психотерапия; 4) семейная психореабилитация.

Психосоциальная помощь человеку, находящемуся в ситуации кризиса, представляет собой социально-психологическое сопровождение, которое позволяет эффективно и под контролем воздействовать как на саму личность (личностно-центрированное кризисное вмешательство), так и на среду (средоцентрированное кризисное вмешательство) с целью создания условий для развития и саморазвития личности и преодоления кризисных проявлений.

Технология работы в хосписе раскрывается через психотерапию средой, к которой относятся: арттерапия, звукотерапия, фитотерапия, сказкотерапия, терапия домашними животными и т.д.

Терапия посттравматического синдрома основывается на активизации копинг-поведения (совладающее поведение) личности с целью устранения или уменьшения силы воздействия стрессогенного фактора. К основным формам психологической помощи (терапии) относятся: психологическое консультирование с целью активизации копинг-ресурсов личности и групповая работа, направленная на создание сети социальной поддержки.

Социально-психологическая реабилитация инвалидов и лиц, страдающих психическими расстройствами, технологически представляет собой интегрированную систему методов психологической коррекции (психологическая поддержка, сопровождение, внушение) и психотерапии

Специфика психосоциальной профилактики и реабилитации лиц с аддиктивным поведением и суицидальными наклонностями заключается в изменении дезадаптивных форм поведения у представителей «групп риска» и членов их семей на адаптивные. Выделяют три вида технологических интервенций (воздействий): универсальную (направлена на обучение здоровому образу жизни, формирование стрессоустойчивой личности), индикативную (рассчитана на «группы высокого риска») и модификационная (направлена на группы людей, злоупотребляющих различными психоактивными веществами или имеющих рецидивирующие попытки суицида).

Психосоциальная работа в пенитенциарных учреждениях заключается в реализации комплекса мер по социально-психологической адаптации осужденных к условиям пребывания в местах лишения свободы с помощью разнообразных форм работы (групповой, индивидуальной, самостоятельной).

Социально-психологическая поддержка безработных представляет собой систему социально-психологических способов и методов,

способствующих социально-профессиональному самоопределению личности, повышению ее конкурентоспособности на рынке труда. К основным направлениям социально-психологической поддержки относятся: психологическая профилактика, психологическое консультирование, психологическая коррекция.

Практикум (семинарский)

Семинар №1. Психосоциальная работа: сущность и содержание

Цель семинара:

Изучить понятие психосоциальной работы, ее функции и методы; определить роль психосоциальной работы в системе социальной работы; рассмотреть содержание базовых понятий психосоциальной работы: трудная жизненная ситуация», «критическая ситуация», «напряженная ситуация»; проанализировать психологические формы реакций и стратегии поведения личности в рассматриваемых типах ситуаций.

План занятия:

1. Понятие психосоциальной работы. История становления психосоциальной работы в России и за рубежом, ее роль в системе социальной работы.
2. Основные задачи, объект, предмет и субъекты психосоциальной работы. Функции психосоциальной работы.
3. Основные направления психосоциальной работы. Формы и методы психосоциальной работы. Соотношение понятий «содержание», «методика», «технология» и «техники» психосоциальной работы.
4. Понятие «социальное неблагополучие». Основные категории (группы) социального риска.
5. Трудная жизненная ситуация: научные подходы к пониманию и виды.
6. Понятие критической ситуации. Типы критических ситуаций.
7. Напряженная ситуация: понятие, характерные черты, классификация. Психологические формы реакций в напряженных ситуациях. Влияние напряженной ситуации на структуру деятельности.
8. Стратегии поведения личности в трудной жизненной ситуации
объем аудиторных часов, отводимых для освоения материала, обсуждаемого на семинарском/практическом занятии

Список практических заданий

1. Составьте логическую схему, отображающую структуру учебной дисциплины «Содержание и методика психосоциальной работы в системе социальной работы».
2. Напишите краткое эссе на тему спорных вопросов проблемы адаптации в практике психосоциальной работы.
3. На основе обзора зарубежных и отечественных теорий заполните таблицу:

Представления о социальной адаптации в различных психологических школах

Психологические школы, направления, концепции	Модель и компоненты социальной адаптации	Процесс и механизмы социальной адаптации
1. Теория адаптации 3. Фрейда 2. Теоретические подходы А.Адлера 3. Идеи Э. Эриксона 4. Идеи Г. Гартмана о понимании социальной адаптации		

4. Перечислите функции психосоциальной работы:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. Перечислите важнейшие направления социальной работы:

- а) _____
- б) _____
- в) _____
- г) _____
- д) _____

6. Установите понятия по предложенным определениям:

	1) откровенное самораскрытие осознанных чувств и личностных установок при соблюдении дистанции
--	--

	и отсутствии идентификации с клиентом
	2) система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия
	3) основа, начало, исходное положение какой-либо теории, учения; руководящая идея, основное правило деятельности

7. Заполните таблицу «Система психосоциальной работы»

Элемент системы психосоциальной работы	Характеристика элементов системы психосоциальной работы
Объект психосоциальной работы	
Субъекты психосоциальной работы	
Предмет психосоциальной работы	
Основные формы психосоциальной работы	
Основные направления психосоциальной работы	
Основные методы психосоциальной работы	
Методика психосоциальной работы	
Технология психосоциальной работы	

8. На основе обзора дополнительной литературы сделайте сообщение на тему «Суть и необходимость компетентностного подхода к психосоциальной работе».

Вопросы для обсуждения на форуме

1. Где зародился психосоциальный подход? С какими именами ученых связано его научное обоснование?
2. Охарактеризуйте современное состояние и перспективы развития психосоциальной работы в системе социальной работы в нашей стране.
3. Раскройте содержание понятия социально-психологической дезадаптации.
4. Чем отличается методика и технология психосоциальной работы?
5. Перечислите основные группы (категории) социального риска.
6. Назовите факторы «социального неблагополучия».
7. Назовите основные виды трудной жизненной ситуации.
8. Назовите основные типы критических ситуаций. Опишите их характерные черты.
9. Охарактеризуйте отличительные черты напряженных ситуаций.
10. Назовите основные стратегии поведения человека в трудной жизненной ситуации.

Список дополнительной литературы:

1. Андреева Г.М. Социальная психология. – М., 1996. – С.8-68.
2. Битянова М.Р. Социальная психология. – М., 1994.
3. Крысько В. Г. Социальная психология: схемы и комментарии. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2001. – С. 7-38.
4. Руденский Е.В. Социальная психология. Курс лекций. – М., 1997.
5. Шевандрин Н. И. Социальная психология в образовании М. : Владос, 1995. – С.5-32.
6. Введение в практическую социальную психологию / Под ред. Ю.М. Жукова, Л.А. Петровской, О.В. Соловьёвой. – М.. 1996.

Семинар №2. Социальная дезадаптация и отклоняющееся поведение как объекты психосоциальной работы

Цель семинара:

Изучить сущность понятий «социализация», «адаптация», «дезадаптация»; рассмотреть причины дезадаптации личности; проанализировать особенности и виды отклоняющегося, суицидального и аддиктивного поведения.

План занятия:

1. Понятие социализации и адаптации. Факторы и виды социализации. Процессы и задачи социализации.
2. Понятие дезадаптации. Внешние и внутренние причины дезадаптации. Виды дезадаптации. Адаптивность. Психологические критерии адаптивности.
3. Понятие и виды отклоняющегося поведения. Причины поведенческих девиаций и их последствия.

4. Психические расстройства в форме акцентуации. Суицидальное поведение. Проституция. Девиантное поведение на почве сексуальных заболеваний.
5. Феномен аддиктивности. Виды зависимого поведения. Наркомания и токсикомания. Психологические особенности наркозависимых. Пьянство и алкоголизм.
6. Агрессия и агрессивность как предмет психосоциальной работы.

Список практических заданий

1. Составить структурно-логическую схему: «Факторы дезадаптации личности».
2. Определите фазу социализации, которая соответствует Вашей включенности в систему высшего образования как социального института. Докажите свою точку зрения с помощью характеристики и конкретных примеров различных способов собственной учебной деятельности и учебно-профессионального общения.
3. Опишите признаки дезадаптации к учебно-профессиональной деятельности студента.
4. Установите понятия по предложенным определениям:

	такой тип личностной реакции на соматическое страдание, при котором инвалиды склонны переоценивать значимость как отдельных симптомов, так и заболевания в целом, их последствий, что не соответствует объективной опасности заболевания.
	такой тип личностного реагирования на соматическое страдание, при котором инвалиды правильно оценивают свое состояние и перспективу, их оценки совпадают с трактовкой врачей, отношение к болезни адекватное и больной позитивно относится к лечению - диагностическим и реабилитационным процедурам.
	такой тип личностной реакции на соматическое заболевание, когда инвалиды отрицают наличие болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или под влиянием страха перед ее последствиями.
	такой тип личностного реагирования на соматическое заболевание, при котором выявляется недооценка человеком тяжести и серьезности болезни, ее отдельных признаков или симптоматики в целом.

5. Оформите таблицу «Классификация и характеристика основных видов девиантного поведения».

Вопросы для обсуждения на форуме

1. Раскройте психологическое содержание понятия «дезадаптации».
2. Сравните содержание и особенности понятия «дезадаптации» в разных психологических школах: психоанализ, гуманистическая психология, бихевиоризм.
3. В чем заключаются критерии адаптивности личности. Раскройте их содержание.
4. Перечислите виды отклоняющегося поведения на почве сексуальных расстройств.
5. Проанализируйте причины агрессивного поведения современных подростков.

Список дополнительной литературы:

1. Горобец Т.Н. Аутодеструктивное поведение кризисной личности. – М., 2004.
2. Зиновьева Н.О. Психология и психотерапия насилия: ребенок в кризисной ситуации. – СПб., 2005.
3. Олиферович Н.И. Психология семейных кризисов. – СПб., 2006.
4. Психология социальных ситуаций. – СПб.: Питер, 2000. – 416 с.
5. Сафронова М.В. Содержание и методика психосоциальной работы в системе социальной работы. – Новосибирск, 2007.
6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001.
7. Ульяновская У.В. Организация и содержание психологической помощи детям с проблемами в развитии. – М., 2005.
8. Шнейдер Л.Б. Семейная психология. – М., 2005.
9. Эйдемиллер З.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2005.

Семинар №3. Проблемы инвалидизированной личности, психическая травма, кризисное состояние и проблемы семьи как объект психосоциальной работы

Цель семинара:

Изучить феноменологию таких объектов психосоциальной работы как семья, инвалиды, лица, пострадавшие в вооруженных конфликтах, лица с психической травмой, взрослые и дети в ситуациях кризиса.

План занятия:

1. Психологические особенности инвалидов. Направленность личностных изменений инвалидов. Возрастные особенности соматозогнозий.
2. Психология больных с неизбежным летальным исходом.
3. Посттравматический синдром и психическая травма как объект профилактики и реабилитации.
4. Кризисное состояние как объект психосоциальной помощи. Понятие, факторы, стадии протекания кризиса.

5. Последствия психических травм детства. Психические расстройства детей: переживших смерть родителей, из семей алкоголиков, переживших физическое и сексуальное насилие.
6. Семейные проблемы жизненного цикла семьи. Нарушения жизнедеятельности семьи.

Список практических заданий

1. Сделайте дополнение к указанным группам.

Психологическое обеспечение должно учитывать тот факт, что все инвалиды по разным основаниям делятся на несколько групп:

- 1) по возрасту - _____;
- 2) по происхождению инвалидности - _____;
- 3) по степени трудоспособности - _____;
- 4) по характеру заболевания инвалиды могут относиться к _____;

2. Установите понятия по предложенным определениям:

	такой тип личностной реакции на соматическое страдание, при котором инвалиды склонны переоценивать значимость как отдельных симптомов, так и заболевания в целом, их последствий, что не соответствует объективной опасности заболевания.
	такой тип личностного реагирования на соматическое страдание, при котором инвалиды правильно оценивают свое состояние и перспективу, их оценки совпадают с трактовкой врачей, отношение к болезни адекватное и больной позитивно относится к лечению - диагностическим и реабилитационным процедурам.
	такой тип личностной реакции на соматическое заболевание, когда инвалиды отрицают наличие болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или под влиянием страха перед ее последствиями.
	такой тип личностного реагирования на соматическое заболевание, при котором выявляется недооценка человеком тяжести и серьезности болезни, ее отдельных признаков или симптоматики в целом.

3. Оформите таблицу «Характеристика психических расстройств детей, перенесших психическую травму». Она может иметь следующий вид:

Вид психической травмы	Признаки психических расстройств
1.	
2.	

3.	
4.	

4. Составьте структурно-логическую схему по теме «Семейные проблемы».

5. Составьте структурно-логическую схему по теме «Кризис». Обязательно включите в ее состав понятия: «кризисное состояние», «факторы кризиса», «основные стадии формирования кризиса».

Вопросы для обсуждения на форуме

1. В чем заключаются причины и последствия психологических травм в детстве?

2. Перечислите виды и специфику кризисных ситуаций.

3. Раскройте содержание основных стадий переживания кризисных ситуаций.

4. Охарактеризуйте личностные изменения (личностную деформацию) инвалидов.

5. В чем заключаются проблемы современной семьи?

Список дополнительной литературы:

1. Горобец Т.Н. Аутодеструктивное поведение кризисной личности. – М., 2004.
2. Зиновьева Н.О. Психология и психотерапия насилия: ребенок в кризисной ситуации. – СПб., 2005
3. Олиферович Н.И. Психология семейных кризисов. – СПб., 2006.
4. Психология социальных ситуаций. – СПб.: Питер, 2000. – 416 с.
5. Сафронова М.В. Содержание и методика психосоциальной работы в системе социальной работы. – Новосибирск, 2007.
6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001.
7. Ульяновская У.В. Организация и содержание психологической помощи детям с проблемами в развитии. – М., 2005.
8. Шнейдер Л.Б. Семейная психология. – М., 2005.
9. Эйдемиллер З.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2005.

Семинар №4. Психологические методы в социальной работе. Содержание и специфика психологического консультирования в системе социальной работы

Цель семинара:

Изучить основные методов психосоциальной работы, специфику их задач и особенностей применения в системе социальной работы

План занятия:

1. Психологическая помощь как область психосоциальной работы.

- Основные методы психологической помощи.
2. Основные задачи, принципы и этические нормы психологического консультирования. Формы блокады диалогической интенции.
 3. Основные этапы и методы психологического консультирования. Дистантное консультирование. Специфика телефонного консультирования и консультативной переписки.

Список практических заданий

1. Выделить критерии для сравнения и оформить таблицу «Сравнительная характеристика различных психологических направлений».
2. Подготовить сообщение с дополнительной информацией по тому психологическому направлению, которое в наибольшей степени близко Вашей профессиональной позиции.
3. Составьте таблицу «Классификации социально-психологических методов» (по разным авторам).

Вопросы для обсуждения на форуме

1. В чем заключается сущность психологической помощи в социальной работе?
2. Назовите основные методы психосоциальной работы в системе социальной работы.
3. Назовите и обоснуйте этические принципы в психосоциальной деятельности.
4. В чем заключается отличие метода психологической консультации от методов психотерапии и психокоррекции?
5. Назовите основные стадии, и фазы и методы консультативного процесса.
6. Перечислите методы применяемые консультантом в процессе консультирования.
7. Назовите особенности применения индивидуальной форма работы, ее преимущества и ограничения.
8. Охарактеризуйте специфику психосоциальной работы в группе. Назовите преимущества занятий в группе.
9. Охарактеризуйте особенности телефонного консультирования.
10. В чем заключаются особенности консультативной переписки.

Список дополнительной литературы:

1. Горянина В.А. Психология общения. – М., 2005.
2. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект, 1999.
3. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002.
4. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. – СПб: Питер, 2000.
5. Психология социальной работы. /Под общей ред. М.А. Гулиной. – СПб.:

- Питер, 2004.
6. Психология социальных ситуаций. – СПб.: Питер, 2000. – 416 с.
 7. Сафронова М.В. Содержание и методика психосоциальной работы в системе социальной работы. – Новосибирск, 2007.
 8. Толстов В.Г. Содержание и методика психосоциальной работы. – Сыктывкар, 2005.
 9. Топчий Л.В. Социально-правовые основы становления профессиональной социальной работы в России. – М., 2000.
- Фирсов М.В., Шапиро Б.Ю. Психология социальной работы: Содержание и методы психосоциальной практики. – М.: Академия, 2005.

Семинар №5. Психотерапия как направление психосоциальной работы. Социально-психологический тренинг в психосоциальной работе

Цель семинара:

Изучить основные формы и методы психотерапии и социально-психологического тренинга в рамках психосоциальной работы.

План занятия:

1. Понятие, предмет и задачи психотерапии.
2. Основные формы и методы психотерапии.
3. Психоаналитическое, бихевиоральное, экзистенциально-гуманистическое направления в психотерапии.
4. Социально-психологический тренинг в психосоциальной работе. Понятие, цели, специфические черты.

Список практических заданий

1. Изучите свой тип интерперсональных отношений методом Т. Лири. Дайте психологические рекомендации по оптимизации собственных межличностных отношений.
2. Проанализируйте, какие типы интерперсональных отношений характерны для ваших родственников, друзей, знакомых.
3. Установить соответствие между понятиями и определениями.

Понятие	Определение
Психоанализ	система лечебного воздействия психологическими средствами на психику, а через нее на весь организм и поведение пациента
Метод психотерапии	организация и структура взаимодействия терапевта и пациента в процессе реализации того или иного метода психотерапии
Форма психотерапии	конкретный способ реализации общего принципа лечения, вытекающий из понимания сущности психического расстройства в рамках определенной концепции психотерапии

Психотерапия	теория общего психического развития, происхождения неврозов и психоаналитической психотерапии, а также метод психотерапии, разработанный З. Фрейдом и его последователями на основе представления о главенствующей роли бессознательных процессов в жизнедеятельности индивида
Суггестивная психотерапия	психотерапия, при организации которой основную психотерапевтическую роль играет специфически организованное взаимодействие терапевта и пациента
Гетерогенная психотерапия	психотерапевтические методики, в которых основную психотерапевтическую роль играет воздействие специально обученного пациента на самого себя
Аутогенная психотерапия	группа методов, в основе которых в качестве ведущего лечебного фактора выступает внушение или самовнушение. Внушение может реализовываться в состоянии бодрствования или гипнотического погружения

4. Изучите межличностные отношения в студенческой группе (другой, в состав которой не входит сам экспериментатор) методом социометрии. Составьте социограмму. Разработайте рекомендации по улучшению социально-психологической атмосферы в группе.

Вопросы для обсуждения на форуме

1. Дайте определение понятия психического здоровья. Назовите цели и задачи современной психотерапии.
2. Опишите специфику психоаналитического, бихевиористского, гуманистического и экзистенциального направлений в психотерапии.
3. Что такое «прямая – косвенная», «каузальная – симптоматическая», «гетерогенная – аутогенная», «директивная – недирективная» психотерапия?
4. Перечислите основные групповые нормы, вырабатываемые в процессе группового тренинга.

Список дополнительной литературы:

1. Сафронова М.В. Содержание и методика психосоциальной работы в системе социальной работы. – Новосибирск, 2007.
2. Психология социальных ситуаций. – СПб.: Питер, 2000. – 416 с.
3. Психотерапия. /Под ред. Б.Д. Карсавского. – СПб.: Питер, 2000.
4. Рудестам К. Групповая психотерапия. – М.: Прогресс-Универс, 2003.
5. Технологии социально-психологических тренингов /Под ред. С.А. Беличевой. – М., 2001.
6. Мустас К. Игровая терапия. – СПб., 2000.
7. Горянина В.А. Психология общения. – М., 2005.

Семинар №6. Психосоциальная работа с семьей

Цель семинара:

Изучить особенности психосоциальной работы и виды психологической помощи семье.

План занятия:

1. Особенности психологической помощи семье. Виды самопомощи в семье. Методы совместной семейной помощи.
2. Виды специализированной психологической семейной помощи. Основные проблемы семейной диагностики.
3. Особенности семейного консультирования.
4. Понятие о семейной психотерапии и психореабилитации.

Список практических заданий

1. Заполните таблицу:

Самопомощь в решении семейных проблем	Совместная семейная помощь	Семейная психотерапия

2. Расставьте понятия и их определения в нужном порядке:

<u>Семейные проблемы</u>	столкновение противоположных желаний и потребностей, интересов, целей, позиций, мнений или взглядов супругов, других членов семейного взаимодействия.
<u>Семейный конфликт</u>	негативные, неприятные, деструктивные отношения между супругами, другими членами семьи, связанные с неудовлетворенностью базовых личных и семейных потребностей.
<u>Семейные трудности</u>	широкий круг обстоятельств, особенностей внешней социальной среды, условия жизни семьи, личностные изменения ее членов, которые затрудняют функционирование семьи, удовлетворение базовых потребностей.
<u>Семейные нарушения</u>	расстройства согласованности межличностных семейных отношений, отклонения от нормы в семейном функционировании.

3. Вычеркните способы психологической помощи, не являющиеся психотерапевтическими методами: интервенция, медитация, “Семейный термометр”, циркулярное интервью, позитивная коннотация, свободная дискуссия, “Конструктивные ссоры”, “Двойная связь”.

Вопросы для обсуждения на форуме

1. Какие выделяют виды специализированной психологической помощи семье?
2. Раскройте сущность семейного психологического консультирования.
3. В чем заключаются особенности семейной психотерапии?
4. Чем отличаются семейные трудности от семейных конфликтов?
5. В чем проявляются особенности консультирования семейных пар?

Список дополнительной литературы:

1. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект, 1999.
2. Минухин С. Техники семейной терапии. /Пер. с англ. – М., 2006.
3. Мустас К. Игровая терапия. – СПб., 2000.
4. Олиферович Н.И. Психология семейных кризисов. – СПб., 2006.
5. Пезешкиян Н. Позитивное семейное консультирование. – М., 2004.
6. Психотерапия. /Под ред. Б.Д. Карсавского. – СПб.: Питер, 2000.
7. Студенова Т.Ю. Психологическая служба в системе образования. – М., 2005.
8. Шнейдер Л.Б. Семейная психология. – М., 2005.
9. Эйдемиллер З.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2005.

Семинар №7. Психосоциальная работа, направленная на лиц с девиантным и аддиктивным поведением. Психосоциальная работа по профилактике правонарушений

Цель семинара:

Изучить особенности психосоциальной профилактики и реабилитации лиц с аддиктивным и суицидальным поведением, рассмотреть специфику психосоциальных технологий работы в пенитенциарных учреждениях.

План занятия:

1. Понятие о первичной, вторичной и третичной профилактике. Основные направления и правила профилактической работы аддиктивного поведения с разными категориями населения.
2. Основные направления психосоциальной работы по профилактике химической зависимости, суицидального поведения, проституции.
3. Психологическая и социальная реабилитация химически зависимых (алкоголизм, наркомания, токсикомания).
4. Основные принципы психосоциальной работы по профилактике правонарушений.
5. Классификация социальных отклонений по нарушаемой норме и по внутренней структуре.
6. Общие закономерности формирования социальных отклонений и правонарушений. Понятия правовая культура и правосознание. Понятие о социальной право-воспитательной работе.

Список практических заданий

1. Оцените и дайте правильный ответ. Девиантное поведение подразделяется на две группы:
 - а) на лиц с патологическими отклонениями: астеники, шизоиды, эпилептоиды и т.п.;
 - б) на лиц, которые не страдают психическими отклонениями, но имеют чрезмерную заостренность акцентуаций характера.
2. Установите правильную классификацию. Среди молодых наркоманов выделяются следующие категории лиц: склонные к продолжению употреблять наркотики и в дальнейшем и те, кто стремится покончить с этим дурманом.
3. Установите соответствие в характеристиках фаз. Исследования показали, что при употреблении 0,75 г алкоголя на 1 кг веса тела человека наблюдается следующий процесс:
 - i. первая фаза - стабилизация;
 - ii. вторая фаза - резкий сдвиг функциональных состояний организма;
 - iii. третья фаза - длительное и устойчивое нарушение умственной деятельности.
4. **Разработайте программу психосоциальной работы, направленную на профилактику курения для подростков, юношей и девушек.**
5. Разработайте план индивидуальной и групповой консультации с близкими и родственниками клиента, страдающего алкогольной зависимостью.

Вопросы для обсуждения на форуме

1. Раскройте основные особенности первичной, вторичной и третичной профилактики аддиктивного поведения.
2. В чем заключаются основные принципы психосоциальной работы с людьми, употребляющими наркотики?
3. В чем заключается сущность технологии работы с суицидальными клиентами?
4. Как осуществляется психологическая реабилитация людей, страдающих алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией?
5. Какие основные проблемы возникают при организации психосоциальной работы в пенитенциарных учреждениях?

Список дополнительной литературы:

1. Егоров А.Ю. Расстройства поведения у подростков. – СПб., 2005.
2. Змановская Е.В. Девиантология. – М., 2006
3. Манапова Е.И. Психология девиантного поведения. – Омск, 2004.
4. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002.
5. Психосоциальная коррекция и реабилитация несовершеннолетних с

- девиантным поведением. – М., 1999.
6. Психотерапия. /Под ред. Б.Д.Карсавского. – СПб.: Питер, 2000.
 7. Рудестам К. Групповая психотерапия. – М.: Прогресс-Универс, 2003.
 8. Студенова Т.Ю. Психологическая служба в системе образования. – М., 2005.
 9. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. – М., 2005.
 10. Шпиренок Ю.Г. Психология личности и типология отклоняющегося поведения. – М., 2006.
 11. Михейкина С.В. Психология агрессивного поведения. – Ставрополь, 2006.

Семинар №8. Психосоциальная помощь личности в трудной жизненной ситуации. Психосоциальная работа с инвалидами.

Цель семинара:

Изучить особенности психосоциальной помощи инвалидам, жертвам насилия, людям, находящимся в трудной жизненной ситуации.

План занятия:

1. Психосоциальная помощь личности в кризисной ситуации.
2. Психосоциальная помощь жертвам насилия.
3. Психосоциальная работа с людьми, страдающими психическими расстройствами.
4. Социально-психологическая реабилитация инвалидов.
5. Психотерапевтическая работа в хосписе.
6. Психотерапия посттравматического синдрома.

Список практических заданий

1. Разработайте программу психологической поддержки безработных (социально-психологический тренинг).
2. Разработайте план индивидуальной и групповой консультации с людьми, пережившими утрату близких людей.
3. Сделайте дополнение к указанным видам миграции. Психологическое обеспечение социальной работы с мигрантами должно опираться на знание вида миграционного процесса, к которым относятся миграции: вынужденная, законная, внешняя трудовая, межрегиональная, возвратная.

Вопросы для обсуждения на форуме

1. Каковы основные принципы социально-психологического сопровождения личности в ситуации кризиса?
2. Что является результатом психосоциального сопровождения личности в период кризиса?
3. Опишите основные формы психосоциальной работы в хосписе.
4. Какие виды терапии относятся к терапии средой в хосписе?

5. Какие основные виды копинг-ресурсов личности выделяют в кризисной ситуации?
6. В чем заключаются психосоциальная помощь жертвам насилия?
7. Что относится к наиболее эффективным методам оказания психологической помощи инвалидам?
8. Назовите и содержательно раскройте основные направления и методы психологической помощи безработным?

Список дополнительной литературы:

1. Горобец Т.Н. Аутодеструктивное поведение кризисной личности. – М., 2004.
2. Горянина В.А. Психология общения. – М., 2005.
3. Зиновьева Н.О. Психология и психотерапия насилия: ребенок в кризисной ситуации. – СПб., 2005
4. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект, 1999.
5. Психотерапия. /Под ред. Б.Д. Карсавского. – СПб.: Питер, 2000.
6. Рудестам К. Групповая психотерапия. – М.: Прогресс-Универс, 2003.
7. Рыбакова С.Г. Арт-терапия для детей с задержкой психического развития. – СПб., 2007.
8. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001.
9. Технологии социально-психологических тренингов /Под ред. С.А. Беличевой. – М., 2001.
10. Ульенкова У.В. Организация и содержание психологической помощи детям с проблемами в развитии. – М., 2005.

Глоссарий

<i>адаптация социальная</i>	процесс активного приспособления индивида к условиям новой социальной среды и сам результат этого процесса
<i>алкоголизм</i>	патологическое влечение к спиртному с последующей социально-нравственной деградацией личности
<i>аутентичность</i>	откровенное самораскрытие осознанных чувств и личностных установок при соблюдении дистанции и отсутствии идентификации с клиентом
<i>аутотренинг</i>	активный метод психотерапии, психогигиены и психопрофилактики, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стресса
<i>благотворительность</i>	безвозмездная материальная помощь бедным, основанная на милосердии и желании делать добро другим
<i>гиперсоматозогнозии</i>	тип личностной реакции на соматическое страдание, при котором инвалиды склонны переоценивать значимость как отдельных симптомов, так и заболевания в целом, их последствий, что не соответствует объективной опасности заболевания
<i>гипосоматозогнозии</i>	тип личностного реагирования на соматическое заболевание, при котором выявляется недооценка человеком тяжести и серьезности болезни, ее отдельных признаков или симптоматики в целом
<i>деструктивные конфликты</i>	конфликты, которые мешают выработать супругам, другим членам семьи единую точку зрения, ведут к дезорганизации их общения и сотрудничества, к дезадаптации.
<i>дискриминация</i>	умаление прав какой-либо группы граждан в силу их национальности, расы, пола, вероисповедания и т.д., подход к человеку на основе одного из его признаков: пола, расы, цвета кожи, религиозных или политических убеждений и т.д.
<i>диссоматозогнозии</i>	тип личностной реакции на соматическое заболевание, когда инвалиды отрицают наличие болезни и ее симптомов с целью диссимилиации или под влиянием страха перед ее последствиями

<i>инвалид</i>	лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, психическими травмами и дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты
<i>институты социальной работы</i>	учреждения, занимающиеся решением социальных проблем населения (социальные службы официального, неофициального, государственного, негосударственного, добровольно общественного характера)
<i>инструктирование</i>	разъяснение обстановки, задач, возможных трудностей и последствий неправомерных действий клиента, предостережение от возможных ошибок, советы по характеру действий и т.д.
<i>конструктивные конфликты</i>	конфликты, способствующие выработке единых позиций, успешной адаптации к исполнению различных ролей и протекающие на общем фоне положительных взаимоотношений в семье
<i>конфликт инструментальных ценностей</i>	конфликт, проявляющийся в различиях взглядов на способы и средства достижения жизненных ценностей
<i>конфликт терминальных ценностей</i>	конфликт, выражающийся в виде несогласия по проблемам важного и второстепенного в жизни, престижного и непрестижного, хорошего и плохого
<i>контрперенос</i>	склонность специалиста, оказывающего воздействие, проецировать свои отношения со значимыми людьми, основные внутренние проблемы и конфликты на отношения с клиентом
<i>маргинальность</i>	состояние групп людей или личностей, которые поставлены общественным развитием на грань двух (или нескольких) культур, участвуют во взаимодействии этих культур, но не примыкают полностью ни к одной из них
<i>медитация (лат. – размышление)</i>	интенсивное, проникающее в глубь созерцание, погружение сознания в предмет, идею, которое достигается путем сосредоточенности на одном и устранении из сознания всех мешающих факторов как внешних, так и внутренних
<i>медицинская реабилитация</i>	комплекс мер, предполагающий ряд медицинских мероприятий и совпадающий с периодом ухудшения психического состояния больных, которых размещают в стационаре, где основная

	роль отводится психотропным средствам, а при улучшении состояния – психотерапии и трудотерапии
менеджмент в социальной работе	система гибкого предприимчивого управления в обществе, направленная на эффективное регулирование социального положения нуждающихся в помощи участников общественной жизни и на обеспечение их развития как субъектов всех видов общественных отношений, а также достойное и цивилизованное существование людей в различных жизненных ситуациях
методика «Искусственных разводов»	сознательное разъединение, расхождение на определенное время в общении, проживании, проведении свободного времени для осознания сложившихся семейных ситуаций
методика «Конструктивных ссор»	методика супружеской взаимопомощи психологов Я. Готшба и К.Колби (1998 г.) по следованию определенным советам во избежание деструктивных ссор
методика «Семейный термометр» В.Сатир	создание эмоционально-психологической атмосферы, в которой честно обсуждаются заданные предметные проблемы, а каждый член семьи испытывает психологическую готовность к искреннему разговору
методологическая функция психологии социальной работы	функция, представляющая собой деятельность по использованию в исследованиях социально-педагогических процессов и конструировании процесса социализации личности всего арсенала методических приемов психологического знания
методы	это совокупность приемов, операций и кратчайший путь достижения поставленной цели
методы социальной работы	это комплекс специфических приемов, способов достижения целей и задач социальной работы
миграция	перемещение, переселение людей, связанное с изменением местожительства на срок не менее 6 месяцев, осуществляемое в пределах одной страны (внутренняя миграция) или из одной страны в другую (международная миграция)
мигранты	люди, которые попали в ситуацию маргинализации в силу потери своих "территориальных корней", а привязанность к определенному местопребыванию оказывает влияние на соматическое и психическое здоровье

	человека, его этику, чувство хозяина, восприятие природы, а также внутреннее пространство (чувство дома)
наркомания	заболевание, которое выражается в физической или психологической зависимости от наркотиков, непреодолимом влечении к ним, что постепенно приводит организм к физическому и психическому истощению
насильственные правонарушения	правонарушения, вызываемые потребностями самоутверждения, стадным чувством ложно понятого долга перед своей компанией, недостатками воспитания, особенно в семьях, где нормой поведения было пьянство, грубость и жестокость
неправомерное действие (правонарушение)	юридические факты, которые противоречат нормам права и нарушают установленный в стране порядок
нестабильные семьи	семьи, не преодолевающие конфликт при наличии негативной семейной ситуации и принявшие решение о расторжении брака
нормосоматозогнозии	тип личностного реагирования на соматическое страдание, при котором инвалиды правильно оценивают свое состояние и перспективу, их оценки совпадают с трактовкой врачей, отношение к болезни адекватное, и больной позитивно относится к лечению – диагностическим и реабилитационным процедурам
нормирование	установление нормативов, которые служат ориентировкой в деятельности социального работника (нормативы численности обслуживаемых клиентов, нормативы времени обслуживания и др.)
объекты управления в социальном менеджменте	социальные работники, сотрудники служб и учреждений социальной защиты, а также вся система взаимоотношений, складывающихся между людьми при оказании социальной помощи населению
объяснительная функция психологии в социальной работе	функция, на основе которой выявляется внутренняя сущность процессов социализации личности; эти знания позволяют понять смысл происходящего и выбрать оптимальный вариант социального действия
токсикомания	заболевание, вызванное употреблением токсических веществ, т.е. таблеток

	транквилизаторов, кофеина, растворов, получаемых от крепкого чая – «чифиря», вдыхания ароматических веществ бытовой химии
<i>общепрофильные институты социальной работы</i>	учреждения, открываемые для обслуживания жителей конкретной общины, коммуны, муниципалитета и других малых административно-территориальных единиц (комьюнити-центры в США, бюро социальных услуг в Швеции, социальные отделения в Германии, отделы социальной защиты в России)
<i>объект социальной работы</i>	слабозащищенные слои населения
<i>перенос</i>	склонность клиента переносить (проецировать) на специалиста, оказывающего воздействие, и свои отношения с ним, и свои отношения со значимыми людьми, основные проблемы и конфликты
<i>практика социальной работы</i>	использование знаний и навыков социальной работы для предоставления социальных услуг человеку, слою, группе населения
<i>предмет теории и практики социальной работы</i>	система закономерностей, принципов и концепций, выражающих основные тенденции функционирования системы социальной защиты и социальной помощи
<i>преступление</i>	противоправное, виновное, наказуемое общественно опасное деяние, посягающее на охраняемые законом общественные отношения и приносящий им существенный вред
<i>принцип</i>	основа, начало, исходное положение какой-либо теории, учения; руководящая идея, основное правило деятельности
<i>принятие</i>	доброжелательное, позитивное отношение к клиенту без предъявления к нему каких-либо условий, несмотря на возможные временные негативные эмоции
<i>проблемные семьи</i>	обратившиеся за консультацией к психологу в связи с неудовлетворенностью своими семейными отношениями и осознающие возможность распада семьи
<i>психокоррекция</i>	это система мероприятий, направленных на исправление недостатков психологии или поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия
<i>психологическая диагностика</i>	забота о благосостоянии и раскрытие возможностей и способностей личности, семьи,

	общества к нормальному социальному функционированию
<i>психологическая помощь</i>	это область и способ деятельности, предназначенные для содействия человеку и сообществу в решении широкого круга проблем, порождаемых душевной жизнью человека в социуме
<i>психологическая помощь семье</i>	система методов и методик выявления, предупреждения, понимания, исследования и преодоления личностных трудностей и семейных проблем одного индивида, партнеров либо всей семьи
<i>психологическое консультирование</i>	прикладная отрасль современной психологии, задачей которой является разработка теоретических основ и прикладных программ оказания психологической помощи психически и соматически здоровым людям в ситуациях, когда они сталкиваются с проблемами
<i>психологическое обеспечение социальной работы</i>	комплекс мероприятий, согласованных по целям и задачам, последовательности, применяемым силам и средствам, проводимым государственными органами социальной защиты и социального обеспечения, благотворительными отечественными и зарубежными организациями по отношению к нуждающимся в этой помощи категориям населения с целью формирования, поддержания и совершенствования у них морально-психологических качеств, необходимых для адаптации к трудным ситуациям жизнедеятельности
<i>психологическое проектирование в социальной работе</i>	конструирование и описание социально-психологических обстоятельств, а также выявление на этой основе возможных проблем при реализации социальных мероприятий
<i>психология инвалида</i>	оценка инвалидом своего соматического страдания, отношения к нему и к его исходу, к семье, близким, общественно-трудовой деятельности, к окружающему миру, к среде
<i>психосоматика</i>	направление психологии, исследующее влияние психических факторов на возникновение различных телесных заболеваний
<i>психотерапия</i>	система лечебного воздействия психологическими средствами на психику, а через нее на весь организм и поведение пациента

<i>психогигиена</i>	область гигиены, разрабатывающая и осуществляющая мероприятия по работе преимущественно со здоровыми людьми, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья
<i>психопрофилактика</i>	раздел общей профилактики, изучающий проблемы предупреждения психических расстройств и их хронизации на субклиническом и клиническом уровнях
<i>психокоррекция</i>	направленное психологическое воздействие на определенные психические структуры в целях оптимизации развития и функционирования индивида в конкретных условиях жизнедеятельности
<i>психическое здоровье</i>	многоуровневое качество жизнедеятельности личности, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения и деятельности
<i>пьянство</i>	неумеренное потребление алкоголя, которое наряду с угрозой здоровью личности нарушает ее социальную адаптацию
<i>регламентирование</i>	разработка и введение в действие организационных положений, обязательных для исполнения (приказы, типовые положения, должностные инструкции, штатное расписание и др.)
<i>распад семьи</i>	приостановка функционирования, структурное крушение, прекращение внутренних и внешних связей и отношений, а также динамики развития семейной системы
<i>самопомощь</i>	оказание помощи любым взрослым членом семьи самому себе психологическими методами и средствами в целях достижения психического здоровья, гармоничных отношений в семье
<i>саморегуляция (в широком смысле)</i>	целесообразное функционирование живых систем разных уровней организации и сложности, выражающееся в адекватном приспособлении к условиям окружающей среды
<i>саморегуляция (в узком смысле)</i>	целенаправленное использование пациентом измененного состояния сознания для управления недоступными в «обычном состоянии сознания» физиологическими и психическими процессами

<i>семейно-психологическое просвещение</i>	процесс распространения специалистами знаний в области семейной психологии, семейных проблем и психологических методов преодоления личностных и семейных трудностей
<i>семейное психологическое консультирование</i>	способ специализированной психологической помощи по осознанию семейной проблемы, ее основных причин и поиске путей преодоления, а также принятия решения по затруднительным вопросам жизнедеятельности семьи
<i>семейная психореабилитация</i>	это восстановление функций, степени, качества, дееспособности взаимоотношений, ролевой структуры семьи после взаимодействия отдельных членов, либо всей семьи со стихийными бедствиями, катастрофами, вследствие испытания тяжелых болезней, экстремальных и стрессовых ситуаций
<i>семейная психотерапия</i>	способ специализированной психологической помощи, ориентированной на изменение взаимоотношений в семье, личностных искажений ее членов, взаимное удовлетворение потребностей каждого из них. Базируется на применении психологических закономерностей общения, процессов бессознательного, сознания и самосознания
<i>семейные нарушения</i>	расстройства согласованности межличностных семейных отношений, отклонения от нормы в семейном функционировании
<i>семейные проблемы</i>	широкий круг обстоятельств, особенностей внешней социальной среды, условия жизни семьи, личностные изменения ее членов, которые затрудняют функционирование семьи, удовлетворение базовых потребностей
<i>семейные советы</i>	оригинальная форма группового руководства семейными делами, дискутирование и планирование различных вопросов жизнедеятельности семьи
<i>семейный конфликт</i>	столкновение противоположных желаний и потребностей, интересов, целей, позиций, мнений или взглядов супругов, других членов семейного взаимодействия.
<i>семейный кризис</i>	закономерная проблемная ситуация, порождаемая саморазвитием семьи, переходом с одной стадии ее жизненного цикла на другую и предполагающая серьезные изменения одновременно с несколькими

	членами семьи
<i>семейные трудности</i>	негативные, неприятные, деструктивные отношения между супругами, другими членами семьи, связанные с неудовлетворенностью базовых личных и семейных потребностей
<i>соматическое заболевание</i>	сложный процесс, в котором наряду с клиническими страданиями человека, фазами и типами течения болезни, наблюдаются соответствующие им психологические сдвиги
<i>соматонозогнозия</i>	психологическая характеристика соматического здоровья, которая определяется содержанием отношения человека к своему здоровью и является результатом взаимодействия личности, болезни и ситуации, связанной с ней
<i>социальная диагностика</i>	это процесс исследования социального объекта, явления путем распознавания и изучения причинно-следственных связей, отношений, характеризующих его состояние и тенденции развития
<i>социальная защита</i>	система мероприятий, осуществляемых обществом и его различными структурами, по обеспечению гарантированных минимально достаточных условий жизни, поддержанию жизнеобеспечения и деятельного существования человека
<i>социальная поддержка</i>	специальные меры, направленные на поддержание условий, достаточных для существования «слабых» социальных групп, отдельных семей, личностей, испытывающих нужду в процессе своей жизнедеятельности и деятельного существования
<i>социальная политика</i>	это определенная ориентация государства и система мер по оптимизации социального развития общества, отношений между социальными и другими группами, созданию тех или иных условий для удовлетворения жизненных потребностей их представителей
<i>социальная помощь</i>	система социальных мер в виде содействия, поддержки и услуг, оказываемых отдельным лицам или группам населения социальной службой для преодоления или смягчения жизненных трудностей, поддержания их социального статуса и полноценной жизнедеятельности, адаптации в обществе

<i>социальная работа</i>	профессиональная деятельность, связанная с применением социологических, психологических и педагогических методов и приемов для решения индивидуальных и социальных проблем (бедности, безработицы, наркомании, правонарушений, юношеского воспитания и др.)
<i>социальная реабилитация</i>	процесс восстановления основных социальных функций личности, общественного института, социальной группы, их социальной роли как субъекта основных сфер жизни общества
<i>социальная служба</i>	система государственных и негосударственных структур, осуществляющих социальную работу и имеющих в своем составе специальные учреждения для оказания социальных услуг и органы управления ими
<i>социальное обслуживание</i>	деятельность социальных служб и отдельных специалистов по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг, осуществлению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации
<i>социальное управление</i>	один из видов управления в обществе, функции которого заключаются в регулировании социального положения всех участников общественной жизни, в обеспечении их развития как субъектов общественных отношений
<i>социально-психологическая реабилитация</i>	поэтапный процесс медицинских, социальных и профессиональных мероприятий, которые проводят одновременно с лечением или в те периоды, когда люди не нуждаются в лечении, но страдают от резкого изменения социальных отношений или условий жизнедеятельности и нуждаются в помощи
<i>социальные гарантии</i>	система мер, нормативных установок и условий, направленных на удовлетворение определенного набора благ и услуг, потребностей поддержания жизнеобеспечения и деятельного существования людей
<i>специализированные учреждения социальной работы</i>	учреждения, предоставляющие социальные услуги определенным категориям населения: социальные приюты, реабилитационные центры, диагностические центры и т.д.
<i>стабильные семьи</i>	субъективно удовлетворенные своим браком и

	оцениваемые окружающими как благополучные
<i>структура семейного конфликта</i>	конфликтная ситуация (субъекты возможного конфликта и его объект) и образы участников конфликта
<i>теоретическая функция психологии в социальной работе</i>	деятельность специалистов по установлению устойчивых связей между целями, задачами, содержанием, путями и средствами решения социальных проблем, с одной стороны, и индивидуальными, а также коллективно-групповыми явлениями и состояниями, с другой
<i>теория социальной работы</i>	наука о закономерностях и принципах функционирования и развития конкретных социальных процессов, их динамики под влиянием психолого-педагогических управленческих факторов при защите гражданских прав и свобод личности в обществе
<i>технология социальной работы</i>	система знаний об оптимальных способах преобразования, регулирования социальных отношений и процессов в жизнедеятельности людей, ориентированных на социальное обслуживание, помощь и поддержку граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации
<i>филантропия</i>	совокупная взаимосвязь моральных представлений и действий по оказанию помощи обездоленным
<i>фрустрация</i>	психическое состояние, выражающееся в характерных особенностях переживаний и поведения, вызываемых объективно непреодолимыми трудностями на пути к достижению цели и решению задачи
<i>эмпатия</i>	сопереживание. При сочувствии к состоянию клиента социальный работник, однако, не отождествляет свои переживания с переживаниями клиента