



ОО «Белорусская ассоциация социальных работников»
Белорусский Государственный Университет
Государственный институт управления
и социальных технологий



Зборовский К.Э.

ГРУППЫ САМОПОМОЩИ В ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Учебно-методическое пособие



Издано в рамках совместного проекта ОО «Белорусская ассоциация социальных работников»
и Паритетного союза общественно полезных организаций Баварии
«Создание и объединение в сеть трех центров поддержки групп самопомощи инвалидов»,
финансовая поддержка Фонда «Акция – Человек»



МИНСК
2008

ОО «Белорусская ассоциация социальных работников»
Белорусский Государственный Университет
Государственный институт управления и социальных технологий

Зборовский К.Э.

**ГРУППЫ САМОПОМОЩИ
В ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ИНВАЛИДОВ**

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано Учебно-методическим объединением
высших учебных заведений Республики Беларусь
по гуманитарному образованию
для специальности «Социальная работа»

МИНСК
2008

Рецензенты:

профессор кафедры социальной работы БГПУ им. М.Танка,
доктор социологических наук профессор Н.И. Кунгурова;
доцент кафедры психиатрии Белорусского государственного медицинского
университета, кандидат медицинских наук, доцент О.В. Лисковский

Зборовский К.Э.

Группы самопомощи в технологии социальной реабилитации инвалидов: Учебно-методическое пособие. / Минск: Общественная организация «Белорусская ассоциация социальных работников», 2008. – 156 с.

Настоящее Пособие предназначено для специалистов по социальной работе, задействованных в реализации технологий общественной социальной защиты и реабилитации через создание групп самопомощи, для студентов, обучающихся по специальности «Социальная работа», а также для людей с различными ограничениями жизнедеятельности, нуждающихся в помощи посредством организации таких групп.

Мнения и взгляды, выраженные в данном пособии, могут не совпадать с мнениями и взглядами Фонда «Акция – Человек»

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ, СРЕДОВЫЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ	9
ГЛАВА 2. ТЕХНОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ЧЕЛОВЕКА С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФЕКТОВ ЗДОРОВЬЯ	17
ГЛАВА 3. КОНЦЕПЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНИ УРОВНИ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНИ	25
ГЛАВА 4. ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СОЦИАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	28
ГЛАВА 5. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДНОСТИ	36
ГЛАВА 6. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ	64
ГЛАВА 7. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ГРУПП САМОПОМОЩИ	72
ГЛАВА 8. ГРУППЫ САМОПОМОЩИ В ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	114
Приложение 1. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ	122
Приложение 2. ОЦЕНКА ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНВАЛИДА С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ	131
РЕЗОЛЮЦИЯ	153
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	154

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемое учебно-методическое пособие подготовлено с целью углубления и актуализации знаний специалистов по социальной работе в направлении организации работы групп самопомощи инвалидов.

В настоящем пособии читателям предлагается информация, необходимая при организации групп самопомощи инвалидов в процессе их реабилитации.

Автор пособия, кандидат медицинских наук, доцент, имеет более чем 15-ти летний опыт реабилитационной работы с различными категориями инвалидов, длительное время изучал реабилитационный опыт Германии, является специалистом в области реабилитологии. Однако, реализация технологий реабилитации инвалидов, включающая создание и организацию работы групп самопомощи, требует от специалистов по социальной работе знаний, умений и навыков в области медицинской психологии и психотерапии. В связи с этим рекомендуем углубленное изучение материала в следующих изданиях: «Медицинская психология» Лисковский О.В., «Общая психотерапия» Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А., «Основы групповой психотерапии» Фурманов И.А., Фурманова Н.В., «Психотерапия в группе» Страшенбаум Г.В., «Групповая психотерапия» Рудестам К.И. и др., фрагменты из которых приводятся в настоящем пособии.

В пособии также приведены методики и подходы, основанные на многолетнем международном реабилитационном опыте и на классификациях, рекомендуемых ВОЗ.

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении двух последних десятилетий в сфере социальных услуг все активнее применяются технологии профессионального уровня социальной работы. Данная деятельность трансформируется от оказания простых видов помощи по социальному обслуживанию и поддержке наиболее социально уязвимых слоев населения к сложным технологиям социальной, социально-психологической, социально-педагогической, социально-юридической, профилактической, профессиональной и др. реабилитации лиц с различного рода ограничениями жизнедеятельности, вызвавшими социальную недостаточность. В настоящее время насчитывается более 20 контингентов нуждающихся в профессиональной помощи специалиста по социальной работе. Данные контингенты отличаются многогранностью проблем и причин, вызвавших ограничения жизнедеятельности, и, соответственно, отличны механизмы и технологии их реабилитации. Характер причин, вызвавших у человека ограничения жизнедеятельности, приводящие в совокупности к социальной недостаточности, разнообразен, но наряду с этим есть главный обобщающий фактор – невозможность функционирования человека в привычном для него социальном, профессиональном, интеллектуальном окружении.

Безусловно, технологии социальной защиты, реабилитации подобных контингентов различны и обладают значительными специфическими особенностями, что определяет и узко-специализированные отступления при совершенствовании уровня специалистов, задействованных в работе с данными контингентами.

Одними из наиболее тяжелых и требующих включения специальных реабилитационных технологий являются инвалиды. Работа с данным контингентом требует применения сложных, современных методов и форм. Это обстоятельство определяет и требования к уровню квалификации, характеру знаний, умений и навыков специалиста по социальной работе, задействованного в реализации реабилитационных программ.

Характеризуя проблему инвалидности, необходимо отметить, что она сложна и многогранна. Связано это с тем обстоятельством, что ее формирование не определяется только следствием изменения нормальных медико-психологических характеристик конкретного индивидуума, а является результатом нарушения взаимоотношений конкретного человека с микро- и макросоциальным окружением. Значительное место в формировании инвалидности занимают социально-средовые, социально-правовые, социально-экономические и другие отношения [4; 6; 13].

Уровень инвалидности в настоящее время характеризуется высокими цифрами как в нашей стране, так и на основании данных международной статистики в других странах.

По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 млн. людей с нарушениями психического и физического развития, что составляет 1/10 часть жителей нашей планеты. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 3% детей рождается с недостатками интеллекта, 10% – с другими психо-физическими нарушениями. Всего в мире около 200 млн. детей с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья.

В настоящее время в Республике Беларусь насчитывается более 500 тыс. инвалидов, из них более 30 тыс. – детей-инвалидов. Ежегодно «армия инвалидов» в республике возрастает на 55-58 тыс. человек.

С возрастом отмечается рост количества детей-инвалидов, детей с нарушениями психофизического развития и стойкими нарушениями здоровья. Если в возрасте 0-1 года детей-инвалидов и детей, имеющих нарушения в развитии, – 5,4% (от общего числа детей данной возрастной группы), то в возрасте 5-9 лет их становится 10,6%, в возрасте 10-14 лет – 14,1%. Более 340 тыс. детей в нашей республике имеют нарушения в психофизическом развитии и дефекты здоровья. С увеличением возраста данной категории лиц картина усугубляется и их неспособностью жить, трудиться и обеспечивать себя самостоятельно, т.е. многие обречены оставаться зависимыми от общества на всю жизнь [5].

Как показывают наши многочисленные наблюдения, с 1986 года, т.е. около 20 лет, процент инвалидов, которые при очередных переосвидетельствованиях признаются реабилитированными, не требующими группы инвалидности, многие годы достаточно устойчиво остается на уровне около 4-5%.

В то же время известно, что в Германии, начиная примерно с 1884 года, в социальной защите инвалидов действует принцип: «приоритет реабилитации перед пенсией». В рамках этого принципа создана система реабилитации, предусматривающая широкий спектр реабилитационных услуг, направленный на создание условий для самозащиты лица, имеющего ограничения жизнедеятельности вследствие дефектов, заболеваний, травм. Главные усилия в этом процессе направляются на создание возможности возвращения к труду в прежней, а при невозможности, в новой доступной профессии [8]. Эта система предусматривает функционирование около 30 центров профессионального переобучения и ряда профессиональных тренинг-центров и центров профессионального обучения для молодых инвалидов. Отлажен процесс медицинского, социального и психологического сопровождения реабилитационной технологии. Благодаря этим усилиям, а также созданию специализированных рабочих мест и формированию в обществе взглядов на инвалида как на равного, удается вернуть к труду до 80% лиц трудоспособного возраста, охваченных реабилитационным процессом. В то же время средства, выделяемые на пенсии без реабилитации,

направляются лицам с более тяжелыми ограничениями жизнедеятельности, не позволяющими вернуться к труду, а также охватить реабилитационными мерами большее число лиц, где реабилитация может быть эффективной. При этом реабилитационный фонд пополняется за счет налогов, выплачиваемых теми, кто вернулся к труду.

Таким образом, в системе реабилитации инвалидов, действующей в Германии, а также и в ряде других западных стран, налицо несомненный высокий экономический и гуманистический результат.

Превалирование пассивных, сугубо затратных технологий социальной защиты инвалидов в странах бывшего СССР, и в том числе нашей республике, привело к тому, что за последние 20 лет удельный вес пенсионруемых инвалидов в структуре населения Республики Беларусь возрос почти на 2%, составив более 5% населения страны (в начале 80-х гг. численность инвалидов была на уровне примерно 300 тысяч). Это небывалый рост. По итогам работы службы медико-социальной экспертизы и реабилитации в 2005 г. видно, что в Республике Беларусь насчитывается более 504 тысячи инвалидов. Только за один 2005 г. инвалидами впервые признаны 55,5 тысячи человек, в том числе 3 461 ребенок.

В 80-х годах прошлого столетия в СССР среди специалистов по медико-социальной экспертизе и реабилитации считалось, что пенсионирование более 3% общества не под силу экономике страны. Об этом часто приходилось слышать и от германских коллег. Пенсия, выданная без социальной реабилитации, существенно снижает мотивацию к труду у работающих (из-за высоких налогов). При этом уравниваются материальные меры социальной защиты инвалидов с разной степенью ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, подрывая этим основы социальной справедливости. Однако, предлагая населению только пенсию, лишая его альтернативы в виде социальной реабилитации, экономическим путем стимулируется защита в первую очередь «биологических потребностей» человека. При этом экономическими рычагами формируется психология иждивенца, которому весьма трудно, а точнее, невозможно стать личностью.

Еще несколькими штрихами хотелось бы остановиться на «Конвенции о правах инвалидов», принятой ООН 30 марта 2007 года [10]. Настоящий документ принципиально нацеливает на изменение понимания обществом даже самого понятия инвалид. В отличие от определений, приведенных во Всемирной программе действий в отношении инвалидов, принятой Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций, в резолюции 37/52* от 3 декабря 1982 года «Инвалидность: любое ограничение или отсутствие (в результате дефекта) способности осуществлять ту или иную деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальными для человека», и Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятых Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на ее

сорок восьмой сессии 20 декабря 1993 года (резолюция 48/96) «инвалидность включает в себя значительное число различных функциональных ограничений, которые встречаются среди населения во всех странах мира [22]. Люди могут стать инвалидами вследствие физических, умственных или сенсорных дефектов, состояния здоровья или психических заболеваний. Такие дефекты, состояния или заболевания по своему характеру могут быть постоянными или временными».

Конвенция о правах инвалидов указывает на то, что к «инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими».

Таким образом, четко видна актуальность необходимости разработки и внедрения новых технологий, форм и методов социальной реабилитации инвалидов, направленных на полную интеграцию их в общество.

Одной из таких технологий, является использование в реабилитационном процессе терапевтических возможностей групп самопомощи инвалидов. Данное направление не является новым, это лишь попытка объединения разностороннего, наработанного многими десятилетиями опыта с целью получения наиболее эффективных результатов в процессе реабилитации инвалидов.

В настоящем пособии мы попытались представить работу групп самопомощи, как элемент реабилитационной технологии, в связи с чем данное пособие включает в себя: концептуальные основы и принципы социальной защиты и реабилитации инвалидов, а также возможности групповой работы, в т.ч. посредством групп самопомощи. Принципы организации, модерации и групповой работы рассматриваются с психотерапевтических позиций. Данное пособие приводит также наш опыт организации работы подобных групп при проведении реабилитации различных категорий инвалидов.

ГЛАВА 1.

МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ, СРЕДОВЫЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ

Начиная рассмотрение вопросов, связанных с конкретной технологией реабилитации инвалидов, или, вернее сказать, с элементом технологии, на наш взгляд, необходимо охарактеризовать в принципе проблемные поля, связанные с инвалидностью.

Проблема инвалидности – многогранна и не ограничивается только спектром нарушений конкретного индивида. Инвалидность следует рассматривать, в первую очередь, как социальную проблему, т.е. нарушение отношений между человеком – личностью (с ограничениями критериев жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья) и обществом.

Таким образом, нарушение отношений между человеком и обществом выражаются в следующих основных ограничениях, которые в свою очередь, мешают его полноценной социальной адаптации:

- нарушение способности к передвижению;
- нарушение способности к общению;
- нарушение способности к ориентации;
- нарушение способности к самообслуживанию;
- нарушение способности осуществления контроля за своим поведением;
- нарушение способности участия в трудовой деятельности.

Со стороны индивида нарушение всех вышеперечисленных критериев происходит вследствие развития двигательных, сенсорных, психических, психологических и др. дефектов, мешающих личности полноценно выполнять традиционные жизненные роли. Наряду с этим существуют и социальные, социально-средовые, социально-правовые и т.д. барьеры, вносящие свой не малый вклад в формирование социальной недостаточности человека с дефектами здоровья. Таким образом, возможность выполнения вышеупомянутых ролей конкретным человеком зависит не только от характера и степени выраженности дефекта, но и от уровня соответствия его возможностям социальной, архитектурной, правовой среды, т.е. нарушения могут быть компенсированы за счет адекватно адаптированных возможностям человека социально-средовых, социально-правовых условий.

Для того чтобы четко спланировать и провести адекватные реабилитационные мероприятия, направленные на снижения степени ограничений жизнедеятельности, и, в свою очередь, социальной недостаточности, в первую очередь, необходимо четко охарактеризовать все нарушения и проблемные поля, определяющие инвалидность конкретного человека [2; 20; 21].

Так, первое, что требует рассмотрения, – это функциональные нарушения, приводящие к формированию физического, сенсорного или

психического дефекта у человека. Функциональные нарушения зависят от характера и степени тяжести заболевания, локализации и обширности органического поражения, варианта течения заболевания, наличия или отсутствия сопутствующей патологии, характера и степени влияния сопутствующей патологии на процесс формирования функционального дефекта. В зависимости от нозологической формы заболевания и характера его течения зависит характер и степень выраженности функциональных нарушений. Данные нарушения могут носить как изолированный характер, например, снижение остроты зрения при катаракте, так и комплексный. Примером заболевания, проявляющегося комплексом функциональных нарушений, может служить мозговая инсульт. При инсульте наряду с двигательными нарушениями, выражающимися в различной степени выраженности гемипарезами или параличами, нарушением координации, снижением мышечной силы, часто присутствуют нарушения чувствительности, речевые нарушения в виде различных афазий, дизартрий и т.д., зрительные нарушения в виде выпадения полей зрения – гемиянопсий, нарушений в интеллектуально-мнестической сфере и т.д. Нужно заметить, что, как правило, у людей, перенесших инсульт, присутствуют и другая патология, например, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и т.д., которые, в свою очередь, накладывают серьезные ограничения на жизнедеятельность человека.

Второе – это отношение самого человека к изменению своего состояния и прежних возможностей в связи с заболеванием и инвалидностью. Данный аспект является одним из важнейших в процессе реабилитации и во многом определяет уровень социальной и профессиональной реабилитации и реадaptации человека. Характеризуя нарушения самовосприятия ситуации, необходимо остановиться на двух основных аспектах. Непосредственную реакцию на развившееся заболевание и, как следствие, приобретенную инвалидность. Здесь чаще всего выделяют следующие реакции:

1) Повышение эмоционального напряжения и ощущение угрожающей беды и несчастья.

2) Проявление злости и агрессивности (обычно направлены на обслуживающий персонал или людей, окружающих больного). Причем состояние злости и агрессивности у таких пациентов может усугубляться от сознания своей зависимости и неполноценности. Злость, направленная на самого себя, у больного проявляется в состоянии депрессии.

3) Плач – обычная реакция больных на различные факторы при депрессивных состояниях. Плач как реакцию в ответ на заболевание надо уметь отличить от псевдобульбарного паралича с патологической эмоциональностью. При органических нарушениях плач имеет взрывной характер. Если больной способен к общению, то он будет отрицать свое депрессивное состояние и убеждать, что не может владеть собой.

4) Нарушения восприятия создают трудности в организации стимулов как психологического, так и физиологического происхождения. Реакции больных становятся замедленными, неуверенными, стереотипными. При заданиях, требующих организации сенсорных стимулов, больные могут начать жаловаться, что не способны выполнить задания, вместо того, чтобы попытаться их выполнить.

Динамика нарушений при тяжелых, чаще остро развившихся заболеваниях характеризуется, как правило, 3-мя этапами:

- острое реактивное состояние – больные не понимают своего состояния, растеряны, испытывают беспомощность;
- агрессия – больные начинают понимать катастрофичность своего состояния, невозможность быстрого выздоровления. Это состояние может провоцироваться и поддерживаться родственниками, которые также не видят выхода из создавшегося положения, в этот период возможны суицидальные попытки.
- депрессия – глубокая подавленность, возникающая как последовательная реакция на тяжелую болезнь. Больные переживают безысходность, ощущают собственную ненужность в семье и обществе, испытывают чувство вины, ощущают себя тяжелым бременем для семьи.

Так, анализ реакций личности на болезнь у таких больных в динамике лечебно-восстановительных и реабилитационных мероприятий показал, что до начала реабилитации больные характеризовались выраженной сенситивностью, тревогой за неблагоприятный исход заболевания, фиксацией на болезненных проявлениях патологии, неверием в улучшение (выздоровление) состояния, угнетенным настроением с активными депрессивными высказываниями. Преобладал блок личностных характеристик, отражающих дезадаптивный в целом комплекс эмоционально-аффективных расстройств. Вместе с тем, уровень «гармонического» типа отношений к болезни оставался достаточно выраженным, что свидетельствовало об определенном личностном потенциале, адаптивных микросоциальных установках и осознанных мотивах восстановительного лечения и сотрудничества с врачами (и другими специалистами) в этом направлении.

Данный каскад патологических, психологических нарушений, а также типы отношения человека к болезни и инвалидности, будут подробно рассмотрены в последующих разделах, т.к. данные нарушения имеют прямое отношение к групповым методам работы.

Вторым по значимости, на наш взгляд, психологическим аспектом в реабилитации инвалидов является формирование рентных установок, формирующих личность инвалида, иждивенца. Данная проблема также многогранна и требует отдельного рассмотрения в следующих разделах.

Продолжая характеризовать причины формирования ограничений жизнедеятельности людей, имеющих дефекты здоровья, следует

обратить внимание на нарушения его функционирования в микросоциальном окружении. Другими словами, отношения с членами семьи, а также характер отношения членов семьи к инвалиду. Чаще рассмотрение данного аспекта происходит с позиции включения в организацию реабилитационного процесса всех членов семьи, как равноправных членов реабилитационной команды или бригады. Акценты делаются на доброжелательном отношении к инвалиду, чувстве эмпатии, оказании помощи во всех его начинаниях и выполняемых видах работ и т.д. Собственно это и так известно и не требует особых комментариев. Наряду с этим возможны и перегибы, когда помощь превращается в замещение, т.е. предлагаемая помощь настолько активна, что превращается в гиперопеку инвалида. Гиперопека – это очень опасное явление в реабилитации человека, способное свести на нет все позитивные сдвиги и достижения. Близкие родственники, особенно в случае если инвалид – ребенок, практически подменяют львиную долю видов деятельности, которые должен выполнять сам реабилитант. Ими выполняются и те виды деятельности, которые человек с ограничениями в состоянии выполнить и самостоятельно. Т.е. родственники становятся своеобразным костылем для человека с ограничениями жизнедеятельности, к которому последний быстро привыкает и со временем пользуется этой помощью, как собственной функцией. В данном случае два опасных момента. Первый – это исчезновение всяческой мотивации на реабилитацию и постепенный переход на подсознательном уровне в разряд чистых потребителей. Второй заключается в том, что при потере кого-то из близких родственников, выполнявших за инвалида его жизненные роли, последний попадает в состояние полной социальной дезадаптации и может существовать только в специализированных учреждениях, обеспечивающих полноценный уход за такими пациентами.

Говоря о роли микросоциального окружения в реабилитации, нельзя не остановиться на корыстном использовании близкими родственниками случая инвалидности. Подобные случаи наблюдаются чаще в неблагополучных семьях (например, родители алкоголики), где воспитывается ребенок-инвалид. Родители существуют за счет средств пенсии по инвалидности ребенка. Подобные случаи наблюдаются и в различных других семьях, особенно в то время, когда установление инвалидности сопровождалось целым спектром льгот. В данном случае главная «реабилитационная» роль семьи заключалась в том, чтобы как можно дольше продлить случай инвалидности.

Следующее – это уровень адаптации социально-средовых условий.

Как уже говорилось выше, социальная недостаточность человека с ограничениями жизнедеятельности из-за дефектов здоровья формируется вследствие наличия у человека одного либо нескольких вышеперечисленных ограничений критериев жизнедеятельности. Если

внимательно всмотреться и вдуматься в составляющие социальную недостаточность критерии жизнедеятельности и разобраться в причинах, формирующих социальную недостаточность, то можно заметить, что львиная доля принадлежит критериям социального и средового характера. Нивелирование и компенсация этих средовых условий дает возможность человеку, независимо от его дефектов здоровья, полноценно жить и развиваться в обществе.

Возможности данной компенсации в значительной мере зависят от барьеров, выставленных всеобщей средой, в которой проживают и люди с различными особенностями в двигательной, зрительной, слуховой, интеллектуально-мнестической и др. сферах.

Вышеупомянутые барьеры доминируют в архитектурной, образовательной, культурной и т.д. сферах. Уход от различного характера барьеров среды либо, по крайней мере, стремление к уменьшению количества препятствий для людей с различного рода дефектами позволят постепенно пересмотреть и критерии инвалидности и дадут возможность большинству людей, имеющих в настоящее время ограничения жизнедеятельности, ощутить себя полноценными, равноправными членами общества.

Рассматривая и характеризуя различные причины, влияющие на формирование ограничений жизнедеятельности, нельзя не затронуть вопрос о степени влияния разнообразных барьеров на степень социальной недостаточности различных контингентов людей с ограничениями [13].

Наиболее актуальные перемены в архитектурно-дизайнерской деятельности по формированию комфортной и доступной среды наблюдаются в изменении отношения к потребностям инвалидов. Чтобы среда проживания стала действительно **гуманной** для людей с дефектами здоровья и особенностями развития, необходимо выполнение комплекса мероприятий по обеспечению архитектурными средствами **принципов информативности, доступности и универсальности**.

Принцип информативности среды выступает как важное средство для оптимизации деятельности людей с дефектами здоровья при помощи обозначающих, предупреждающих, стимулирующих знаков. Язык знаков складывается из цветовых схем, указателей, символов, тактильных раздражителей, звуков, запахов. Использование этих языков позволяет решить целый комплекс информационных задач: ориентировать, предупреждать об опасностях и препятствиях, помогать найти путь и запомнить маршрут, стимулировать и облегчать деятельность, снижать зрительное утомление. Каждый язык отличается своим способом кодирования на основе восприятия человеком окружающей среды посредством пяти чувств: зрения, осязания, слуха, запаха и вкуса.

Визуальное кодирование (цвет, знаки, символы) является активным и достаточно недорогим средством, позволяющим решить ряд

архитектурных задач: выделить входные узлы; обозначить зоны (применив цвет для обозначения начала и конца лестничного марша или пандуса, части пола перед входом в лифт; покрасив в разные цвета одинаковые помещения, расположенные на одном уровне; используя цвет мебели и оборудования для выделения различных зон); наметить трассы движения людей (используя изменение цвета пола для выделения пути следования посетителей; нанеся на полу цветные линии со стрелками, обозначающими направление движения; применяя цвет для выделения направляющих поручней; используя цветные полосы на боковых стенах по основному пути движения; обозначив цветом направление открывания двери и положение ручки на ней; выделив дверные наличники и (или) дверные полотна); обозначить уровни.

Тактильное кодирование построено на том, что пространство активно осваивается при помощи осязания. Фактура поверхности позволяет использовать ее в качестве ориентира для распознавания функциональных зон, изменение фактуры может предупредить о потенциальной опасности. Различные материалы покрытия полов, парапетов, бордюров, декоративных изгородей, направляющих поручней помогают при движении.

Звуковое кодирование. Акустические устройства предназначены для оказания помощи людям с недостатками зрения, а также дублирования информации в наиболее ответственных местах. К ним относятся звуковые маячки (электрические, механические, электронные), шумовые индикаторы, средства звуковоспроизведения, речевые синтезаторы. Звуковые скульптуры, водные элементы, фонтаны с разнообразными звуками воды (шумящей, капающей, журчащей) используются как ориентационные маркеры.

Обонятельное кодирование. Запах является сильным сенсорным ощущением, помогающим ориентироваться в пространстве. В качестве ориентиров необходимо активно использовать разнообразный ассортимент природных элементов, имеющих специфические, знакомые людям запахи – растений, воды в пруду, скошенной травы, осенних листьев.

Принцип доступности среды предполагает создание единой безбарьерной системы при передвижении по территории поселения, обеспечение доступа ко всем помещениям жилых, общественных, административных зданий, элементам мебели и оборудования, беспрепятственность перемещений из квартиры и дома наружу и обратно.

Гуманная среда не будет таковой при выборочном приспособлении отдельных квартир, жилых домов или объектов обслуживания.

Доступность входов в здание. Все здания и сооружения должны иметь не менее одного, доступного для людей с ограниченными возможностями входа, который при необходимости должен быть оборудован пандусом или другим устройством, обеспечивающим возможность

попадания человека с ограниченными возможностями на уровень входа в здание, его первого этажа или лифтового холла.

Во всех зданиях, помещения которых располагаются выше первого этажа, необходимо предусматривать лифты.

Доступность предметов быта, оборудования, мебели. Учет классических и эргономических признаков разных групп людей с ограниченными возможностями здоровья, их анализ и унификация позволяют произвести упорядочение требований, задать размеры сенсомоторного поля пользователя, габариты рабочего места, определить пространственные характеристики и формы предметов оборудования, используемого в быту, уровни досягаемости при работе в различных положениях.

При проектировании необходимо учитывать специфическое технологическое пространство, т.е. размеры вертикальных и горизонтальных зон досягаемости конечностей инвалида.

Элементы внутреннего оборудования – ручки, рычаги, краны, кнопки электровыключателей и различных аппаратов, электрические розетки, отверстия торговых, билетных и других автоматов и прочие устройства, предназначенные для людей с ограниченными возможностями, следует располагать на высоте не более 1 м от уровня пола и на расстоянии не менее 0,4 м от боковой стены помещения.

Доступность путей передвижения. Маршруты движения пешеходов должны быть максимально удобными, короткими и прямыми, без вынужденных подъемов и спусков. В местах резкого перепада рельефа целесообразно использовать лифты или подъемники. Вдоль пешеходных дорожек и тротуаров необходимо предусматривать места отдыха со скамейками не реже чем через 300 м.

Оборудование пешеходного перехода для маломобильных групп населения должно включать устройство различной фактуры поверхностного слоя покрытия, светофоров со звуковым дублированием сигналов, визуальной информации.

Входы в подземные переходы необходимо обеспечивать пандусами для передвижения маломобильных групп населения.

Пешеходные дорожки, тротуары и пандусы, которыми пользуются маломобильные группы населения, должны иметь твердое, жесткое покрытие, поверхность которого при намокании не становится скользкой. Не допускается применение насыпных, чрезмерно рифленых или структурированных материалов.

Многие инвалиды, способные передвигаться без посторонней помощи, пользуются приспособленными легковыми автомобилями. На территории населенных пунктов необходимо предусматривать места для транспортных средств инвалидов и удобные подходы к ним, которые обеспечивают беспрепятственное передвижение кресла-коляски.

Принцип универсальности. Люди с ограниченными возможностями живут, работают, отдыхают, гуляют, совершают поездки и покупки

(или хотели бы все это делать) там же, где и все остальное население. Создание архитектурной среды с учетом возможностей физически ослабленных лиц повсеместно позволит им, если и быть внешне не такими как все, то жить там, где все, с обычными, практически здоровыми людьми. И эта среда должна формироваться по принципу универсальности, не затрагивая чувство собственного достоинства людей с ограничениями. Специфические требования к среде обитания зависят от вида нарушений. Инвалидам на креслах-колясках необходимы достаточные размеры путей передвижения, отсутствие порогов для подъема и спуска в местах перепада высот – пандусы, подъемники, лифты, слепые нуждаются в звуковых маяках на переходах или в других опасных местах, в бортиках на дорожках и лестницах, слабовидящие – в контрастном обозначении краев ступеней, дверных проемов, тем и другим нужна ровность и нескользкость пешеходных и других коммуникационных путей. Важно, что эти требования не взаимозаменяемы, они должны быть учтены одновременно, а их выполнение позволит не только гуманизировать среду для людей с ограниченными возможностями, но и повысит комфортность проживания всего населения. Абсолютно здоровый молодой человек сегодня, завтра может стать инвалидом любой нозологической группы, практически всех подстерегают болезни и старость, поэтому учет эргономических законов и психологических особенностей, оптимальность светового и цветового режимов, техническое совершенство и красота оборудования и мебели позволит создавать такую среду жизнедеятельности, которая была бы не только удобна в функциональном отношении, но и не отличалась по внешнему виду от среды для практически здоровых людей, чтобы она была универсальна и формировалась по архитектурным законам в рамках единого стилевого направления.

Таким образом, подводя итог данной главы, хочется отметить, что при организации реабилитационной работы с людьми, имеющими ограничения жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья, нужно проводить адресно, индивидуально подбирая методы и технологии работы. Выбор той или иной технологии должен осуществляться только после детального изучения социального статуса клиента, на основании которого будет выставлен социальный диагноз. В противном случае, высок уровень возможных ошибок при выборе целей и задач реабилитации. Частой ошибкой является выбор технологии реабилитации на основании очевидных жалоб и мнения реабилитанта. В данном случае акцент делается не на проблемы и нарушения, непосредственно вызывающие ограничения жизнедеятельности человека, определяющие его социальную недостаточность, а погружение в процесс каких-то мероприятий, занимающих время и создающих иллюзию реабилитационного процесса. В этом случае усилия, затраченные на организацию реабилитационной технологии, могут быть напрасными.

ГЛАВА 2. ТЕХНОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ЧЕЛОВЕКА С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФЕКТОВ ЗДОРОВЬЯ

В течение двух последних десятилетий в нашей стране, как и в других странах постсоветского пространства, наблюдаются эволюционные тенденции в развитии технологий социальной защиты различных категорий граждан. Так, от простых форм социального обеспечения, при которых в основном присутствовал механизм материальной поддержки лиц с высоким уровнем социальной недостаточности, осуществляется переход к дифференцированному, адресному применению сложных реабилитационных технологий.

Главная цель данной тенденции заключается в том, что общество стремится вернуть в свои ряды людей, которые вследствие всевозможных медицинских, психологических, юридических, социальных причин ограничены в различных сферах своей жизнедеятельности. Определяющим фактором является гуманистическое стремление общества вернуть человека с ограничениями в свой интеллектуальный, профессиональный, социальный круг и, по возможности, продолжить использовать его опыт, знания, умения и навыки.

Во-вторых, общество возвращает в свои круги налогоплательщика, а не переводит его в ряд иждивенцев, требующих пожизненного содержания.

Таким образом, вышеупомянутая тенденция полностью обоснована и нуждается в профессиональной поддержке и дальнейшем развитии.

Наиболее специфическим контингентом, нуждающимся в помощи сложных комплексных технологий реабилитации, являются лица с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья – инвалиды и лица с высоким риском инвалидности.

В настоящее время существует много различных технологий реабилитации данной категории лиц.

Значительное количество исследований посвящено медицинской реабилитации лиц с различной патологией. Данное направление, в первую очередь, делает упор на восстановление нарушенных функций человека, предупреждение развития дефекта или максимально возможное снижение степени его выраженности. Как правило, в случаях, когда человек имеет значительные или резко выраженные функциональные нарушения (например, парезы при инсультах), критерием завершения медицинского этапа реабилитации будет являться сформированный резидуальный дефект (на момент «периода последствий»).

После того как четко определен дефект, встает следующий вопрос: как человека социально адаптировать, реабилитировать с учетом его функционального статуса.

Не секрет, что позиция, отождествляющая уровень функциональных нарушений с уровнем социальной недостаточности, не оправдана, так как множество примеров указывают на то, что люди с резкими функциональными нарушениями (слепота, паралич и т.д.) могут не только наравне с другими участвовать в жизни общества, но и занимать лидирующие позиции на достаточно высоких уровнях иерархической структуры этого общества. Яркими примерами тому могут служить президент Т. Рузвельт, композитор Л. В. Бетховен и др. Если мы внимательно оглянемся вокруг себя, то наверняка заметим целый ряд сильных духом личностей, которые, несмотря на значительные нарушения критериев жизнедеятельности, задают тон в серьезных общественно полезных делах.

Все вышесказанное определяет необходимость пересмотра критериев, характеризующих уровень адаптивности человека в социальном окружении.

К сожалению, данный вопрос до сих пор рассматривается с позиций диагностики уровня функциональных нарушений, зачастую завуалированного критериями жизнедеятельности, то есть степень нарушения опорно-двигательного аппарата коррелирует со степенью нарушения способности к передвижению и мобильности человека. Хотя создание определенных социально-средовых условий в значительном ряде случаев компенсирует эти нарушения. Так, человек со значительными двигательными нарушениями, но высоким уровнем эмоциональной, интеллектуальной, духовной мобильности может посетить многие страны, занять высокую должность и создать себе ореол незаменимости. В то же время можно расписать и обратную ситуацию для человека, не имеющего психофизических дефектов.

В качестве примера приведем случай с гражданином С. Гражданин С. – человек трудоспособного возраста, энергичный, талантливый, полный научных планов и целей специалист, заведующий кафедрой одного из ведущих вузов страны, пострадал от несчастного случая. В результате падения у него произошел перелом позвоночника с травмированием спинного мозга. Вследствие травмы развился выраженный парализованный нижних конечностей, ограничивший способность к передвижению только с помощью использования кресла-коляски. При проведении медико-социальной экспертизы гражданину С. была определена I группа инвалидности, и встал вопрос увольнения с прежнего места работы, так как предписанные условия и характер труда не соответствовали уровню функциональных обязанностей, выполняемых С. в своей должности. То есть человек должен был покинуть привычный для него профессиональный, интеллектуальный и, соответственно, социальный круг.

Безусловно, как компенсацию гражданин С. получал пенсию и другие предусмотренные I группой меры социальной защиты. Однако это не коррелировало, во-первых, с личностью этого человека, во-вторых,

с надеждами и уровнем доверия коллег и членов руководимого им коллектива.

В результате по личному заявлению гражданину С. группа инвалидности была снижена до II, а измененные условия и характер труда позволили продолжить профессиональную деятельность в прежней профессии и должности.

В настоящее время гражданин С. в полной мере трудится, защитил докторскую диссертацию, продолжает в полном объеме читать лекции студентам университета, руководить работами молодого поколения ученых. Другими словами, полноценно выполняет соответствующие полу, возрасту, профессиональному и социальному положению роли.

Наряду с этим ярким примером мы может приводить и другие, показывающие актуальность переноса акцентов в оценке уровня адаптации человека с чисто функциональных на социально-бытовые и социально-средовые критерии.

То есть проводить не «тончайшую» оценку функциональных нарушений человека, а оценку его возможностей осуществлять привычное функционирование в прежнем профессиональном, социальном кругах. Кроме того, параллельно, а может быть и в первую очередь, должна проводиться оценка социально-средовых условий и степени их адаптации к возможностям человека.

Необходимо заметить, что данное обстоятельство является генеральной линией Конвенции о правах инвалидов, принятой ООН в 2007 году.

В своих работах мы неоднократно делали попытки предложений технологий исследования социального статуса человека, имеющего ограничения жизнедеятельности. На основании результатов данных исследований предлагали делать заключение (социальный диагноз), в котором всесторонне охарактеризованы различные критерии жизнедеятельности человека и социально-средовые условия его жизни.

Социальный диагноз, по нашему мнению, призван стать основанием для определения характера реабилитационной технологии, нацеленной на полную социальную реабилитацию человека как личности через включение его резервных возможностей и адаптации к ним социально-средовых условий.

*Алгоритм последовательных действий
при исследовании социального статуса с ограничениями
жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья
(технология исследования социального статуса)*

Исследование социального статуса клиента проводится специалистами по социальной работе, социальными педагогами, специалистами в области медико-социальной, профессиональной реабилитации и другими специалистами, планирующими, организующими и непосредственно реализующими технологии социальной защиты, в том числе реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности.

Технологическая цепочка процесса исследования социального статуса клиента должна включать все звенья, необходимые для разносторонней характеристики медико-социальных, социально-бытовых, социально-экономических, социально-психологических, социально-средовых, социально-юридических проблем клиента, что в результате позволит предоставить ему адресные, адекватные меры социальной защиты.

Безусловно, предлагаемая нами технология имеет примерный характер и сформирована на основании многолетнего опыта работы с различными категориями инвалидов. В зависимости от категории, к которой относится конкретный клиент, данная технология может видоизменяться, дополняться и т.д.

С целью социальной диагностики применяются различные методы:

- метод изучения медицинской и другой документации;
- метод беседы;
- метод тестирования;
- метод опроса;
- методы объективной оценки возможностей человека (физиологические, психофизиологические, психологические и т.д.);
- метод наблюдения;
- метод опроса свидетелей и т.д.

Таким образом, работа специалиста по социальной работе должна включать в свои задачи как изучение проблем данных контингентов в целом – макро уровень, так и изучение вопросов социального исследования и оказания адресной помощи конкретному клиенту (пациенту). Последнее предполагает наличие у социального работника знаний конкретных методов и методик выявления (диагностики), анализа и коррекции конкретных нарушений, приводящих к социальной недостаточности клиента.

Первое звено технологической цепочки исследования социального статуса клиента – выяснение целей обращения клиента или его представителей (в случаях, если сам человек имеет резкие ограничения жизнедеятельности). С этой целью специалист по социальной работе должен внимательно выслушать клиента, направляя вопросами на формулировку основных жалоб, вызывающих, по мнению клиента, у него ограничения жизнедеятельности, приводящие в последующем к социальной недостаточности. Т.е. что в результате болезни, травмы, другой причины, привело к изменению привычных укладов жизни, вызвало невозможность либо ограничения объема выполнения привычных жизненных ролей клиента.

Вторым обязательным звеном технологической цепочки является выяснение истории возникновения проблем, которые привели к настоящей дезадаптивной ситуации, т.е. **сбор социального анамнеза**. С этой целью необходимо провести опрос клиента либо его представителей

в нескольких основных направлениях. В процессе беседы выясняются причины, способствовавшие развитию социальной недостаточности клиента.

Первое – это выявление причин, непосредственно (по мнению клиента) повлекших за собой затруднительную жизненную ситуацию (заболевание, психотравмы, смерть члена семьи, развод, осуждение, служба в Вооруженных силах и т.д.).

Второе – это выявление предпосылок, позволивших имевшим место причинам вызвать затруднительную жизненную ситуацию (определенная социальная среда, образ жизни, воспитание и т.д.).

Третье – это выявление подобных случаев, аналогичных или подобных затруднительных жизненных ситуаций в предыдущем отрезке жизни.

При выяснении социального анамнеза необходимо уточнить вопросы, связанные с:

- **профессиональным маршрутом** клиента (работает по специальности на одном месте или трудовая книжка представляет собой «географический атлас» с путеводителем по предприятиям и учреждениям);
- **образовательным цензом** клиента (не имеет образования, имеет – какое?, имеет – сколько?);
- **семейным статусом** клиента (женат/замужем, сколько раз, причины разводов, наличие детей и их судьба, отношение членов семьи);
- **материальным статусом** клиента (доходы его лично и семьи в целом, а также изменение в материальном статусе после попадания в затруднительную жизненную ситуацию).

Третьим звеном технологической цепочки является проведение комплекса исследований, направленных на диагностику ограничений жизнедеятельности клиента. Определение степени влияния отдельных нарушений критериев жизнедеятельности на интегральный уровень социальной недостаточности.

(Определения понятий жизнедеятельность, социальная недостаточность, а также классификация ограничений жизнедеятельности приведена в главе 3.)

При проведении диагностики ограничений жизнедеятельности и степени влияния их на формирование социальной недостаточности клиента, наряду с изучением его функционального статуса (для специалистов по социальной работе – на основании сопроводительной медицинской документации), проводится выяснение и исследование следующих вопросов:

Первое – это изучение характера взаимоотношений в семье клиента, состав семьи, характер отношений членов семьи и близких родственников между собой и непосредственно к клиенту. Необходимо

определить характер жизненных ролей, выполняемых клиентом до попадания в затруднительную жизненную ситуацию.

Ответы на данные вопросы нельзя получить путем общения с обратившимся лицом, т.к. информация может быть представлена, с точки зрения данного конкретного человека, с позиции предыдущего жизненного опыта. Обычно на такие вопросы отвечают – *нормально*. Однако наша задача выявить не только характер взаимоотношений, но и установить характер их изменений в связи с проблемами, возникшими у одного из членов семьи. Кроме того, нам необходимо выявить членов семьи, которые неформально станут членами нашей реабилитационной бригады и примут непосредственное участие в реализации реабилитационных методик.

С целью решения всех поставленных выше вопросов, специалисту по социальной работе необходимо посетить семью клиента и на месте провести исследование (в т.ч. при необходимости и психологическое тестирование).

Второе – это исследование жилищно-бытовых условий, в которых проживает наш клиент. При проведении данного исследования необходимо выяснить следующие вопросы: место проживания клиента (город, городской поселок, деревня); имеет ли отдельную квартиру или отдельный дом (есть ли приусадебный участок, домашнее хозяйство); есть ли отдельная комната; наличие удобств (разделенный/совмещенный санузел); в случае проживания клиента в многоэтажном доме – наличие лифта в подъезде и этаж проживания; наличие специальных приспособлений, расширяющих рамки физической независимости (поручни, подъемники и т.д.); количество совместно проживающих и т. д.

Выяснение данных вопросов специалист по социальной работе осуществляет непосредственно по месту жительства клиента, кроме того, специалист при посещении места жительства клиента отмечает характер санитарно-гигиенических условий проживания.

Третье – это взаимоотношения в профессиональном круге клиента с сослуживцами и начальством.

Проведение данного исследования может быть проведено одним из двух способов, либо и тем, и другим, в зависимости от уровня решаемых вопросов. Первый способ – на основании изучения характеристик с рабочего места, выписки из трудовой книжки. Второй – выход специалиста по социальной работе на предприятие, где работает или работал клиент, и непосредственное проведение исследования (при необходимости совместно с физиологами труда, гигиенистами и т.д.) социально-психологической ситуации в коллективе, а также условий и характера труда и т.д.

Четвертое – это выяснение образовательного ценза клиента, а также его ближайшего социального окружения (членов семьи). Наличие

среднего, средне-специального, незаконченного высшего, высшего или нескольких высших образований (обязательно на основании представленных документов), а также работа по специальности диплома.

Выяснение специалистом по социальной работе данных вопросов должно проводиться на основании документов, подтверждающих получение клиентом образования, а также работы по специальности (копии дипломов, трудовой книжки и т.д.).

Пятое – это выяснение материального статуса клиента. С этой целью необходимо выяснить цельную картину материального благополучия семьи клиента, финансовые взаимоотношения между членами семьи, удельный вес доходов клиента в семейном бюджете, изменение материального статуса клиента и его семьи в связи с возникшей затруднительной жизненной ситуацией.

Выяснение данных вопросов проводится на основании справок из бухгалтерий по месту работы клиента и активных членов семьи.

Шестое – это выяснение жизненных целей, планов, устремлений. В данном случае очень важно выяснить как перспективные – долгосрочные планы, так и ближайшие. В реабилитации очень важно для достижения конечной цели правильно и адекватно определить ближайшие перспективы, возможно, очень не большие. Следующие цели для реабилитационного достижения можно ставить только после реализации ранее поставленных задач.

Седьмое – это выяснение уровня и характера жизненных потребностей, а также уровень их значимости как для клиента, так и для членов его семьи (например, до попадания в затруднительную жизненную ситуацию один человек был банкиром, а второй – дворником).

Восьмое – это выяснение жизненных приоритетов клиента.

Результатом любого исследования является формулировка выводов, которые лаконично и четко характеризуют проблему, подвергнушуюся изучению. Когда речь идет о работе с конкретным клиентом то ли в медицине, то ли в социальной работе, таким заключением служит диагноз. В медицине он называется клинко-функциональный, а в социальной работе его правомочно называть социальным.

Любой диагноз строится на основании общепринятых классификаций, емко и точно характеризующих выявленные нарушения. Так, в медицине используется Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

В своей практике для постановки социального диагноза социальный работник также пользуется различными классификациями, к примеру, «Международной классификацией ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» или международной номенклатурой ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Таким образом, после проведения изучения различных аспектов жизнедеятельности клиента мы должны перейти к четвертому звену

технологии исследования социального статуса – постановке социального диагноза.

Четвертым звеном технологической цепи является постановка социального диагноза. **Социальный диагноз – это всесторонняя характеристика выявленных нарушений жизнедеятельности человека и их причин, которые определили социальную недостаточность клиента.** На основании социального диагноза планируются мероприятия по выходу клиента из данной ситуации.

Пятое звено технологии – это выработка рекомендаций по выходу клиента из создавшейся затруднительной ситуации, восстановлению нормального социального, профессионального, экономического статуса или составляется индивидуальная программа реабилитации (с выделением этапов и четкой постановкой ближайших и отсроченных задач).

Шестое звено – организация помощи в реализации программы по выходу из затруднительной жизненной ситуации.

Седьмое звено – оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий на основании, в первую очередь, изменений степени ограничения критериев жизнедеятельности и уровня социальной недостаточности клиента. Кроме того, можно использовать различные шкалы методики, отвечающие требованиям задач проведенной реабилитации или социальной помощи (например, методика оценки качества жизни, шкала ADL и т.д.).

Безусловно, необходимо отслеживать и отдаленные результаты проведенной реабилитации или другой помощи, т.к. основная задача – получить устойчивый результат, т.е. вернуть обществу полноценного его гражданина. Другими словами, необходимо организовать контроль за изменениями в судьбе клиента.

Восьмое звено – оказание вспомогательной адресной помощи по мере возможности и необходимости, а также разработка и реализация мероприятий, направленных на предупреждение рецидивов ситуаций, вызвавших у клиента ограничения жизнедеятельности.

Таким образом, исследование социального статуса клиента должно стать обязательным при реализации различных технологий социальной защиты, в т.ч. и реабилитации. Постановка социального диагноза позволит четко выстроить стратегию и тактику необходимой помощи, а также проследить изменения в судьбе клиента после реализации реабилитационных программ. В противном случае, при отсутствии показателей эффективности социально-реабилитационной помощи, происходит стирание четкости целей и задач реабилитации. Это, в свою очередь, приводит к тому, что определяющим при выборе социальной, реабилитационной технологии являются не характер и степень выраженности ограничений жизнедеятельности клиента, определяющих его социальную недостаточность, а уровень квалификации специалиста, оказывающего помощь по принципу «все, что могу».

ГЛАВА 3. КОНЦЕПЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНИ

Человек является существом социальным, поэтому многие проблемы, связанные с его здоровьем, обусловлены социальными (средовыми) условиями и через изменение условий среды многие вопросы человека социального могут быть сняты. В основе человек является биологическим существом, другими словами, человеком-зверем. Естественно, ему и присущи болезни, как относящиеся к человеческому биологическому началу, так и началу социальному. Исходя из двойственной природы человека (биологической и социальной), определение понятия здоровья является интегральным. Подходы к профилактике заболеваний основываются на причинном принципе. Принципы лечения основываются на воздействии на причину (этиология) и патогенез, т.е. механизм развития заболевания.

Итак, по определению ВОЗ, «здоровье – это не только отсутствие болезни или увечья, но и полное физическое, психическое и социальное благополучие».

Указанное комплексное определение здоровья определяется или достигается четырьмя основными стратегическими принципами здравоохранения, развиваемыми ВОЗ:

- Укрепление здоровья (через физкультуру, генетические методы, рациональную организацию труда и отдыха, правильное питание, соблюдение определенных психологических принципов);
- Профилактика заболеваний (через организацию здорового образа жизни, предупреждение и снижение уровня основных факторов риска неинфекционных заболеваний, этиологическую профилактику инфекционных заболеваний, экологическое благополучие);
- Лечение заболеваний (посредством физических, химиотерапевтических, психотерапевтических и других методов);
- Реабилитация, т.е. процесс восстановления физических, психических и социальных возможностей человека после перенесенных заболеваний, врожденных дефектов и травм.

УРОВНИ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНИ

При работе с клиентами, имеющими ограничение жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья, необходимо четко определить характер и степень выраженности резидуального дефекта, т.е. последствий болезни. С этой целью используется концепция последствий болезни, оценивающая влияние болезни на организм больного, т.к. именно последствия болезни и их устранение являются объектом реабилитации.

Рассматриваются **3 уровня** последствий болезни для индивидуума. **1 уровень – органичный** – морфофункциональные изменения со стороны отдельных органов или систем, например, при инсульте со стороны ЦНС – неврологический дефицит или дефект, характер и степень выраженности которого зависит от локализации и размера очага.

2 уровень – организмальный – нарушение интегративных функций целостного организма, его способностей – передвижения, самообслуживания, ориентации, общения, обучения, участия в трудовой деятельности. Последствия этого уровня обозначаются как ограничение жизнедеятельности или повседневной активности, развивающиеся вследствие нарушения функций и приводящие к социальной недостаточности.

3 уровень – социальный – социальная недостаточность (дезадаптация) возникает, если нарушение жизнедеятельности приводит к ограничению мобильности, личной независимости, экономической самостоятельности, невозможности занятия своего времени и др. нарушений «критериев выживания», что препятствует выполнению той роли, которая вытекает из уровня образования, воспитания, культуры, профессии, возраста, места жительства и ставит индивидуум в неравные, по сравнению с другими членами общества, условия, снижает качество его жизни.

Концепция последствий болезни определяет 3 цели реабилитации: функциональное восстановление, восстановление жизнедеятельности (повседневной деятельности) – социально-бытовая адаптация и профессиональное восстановление.

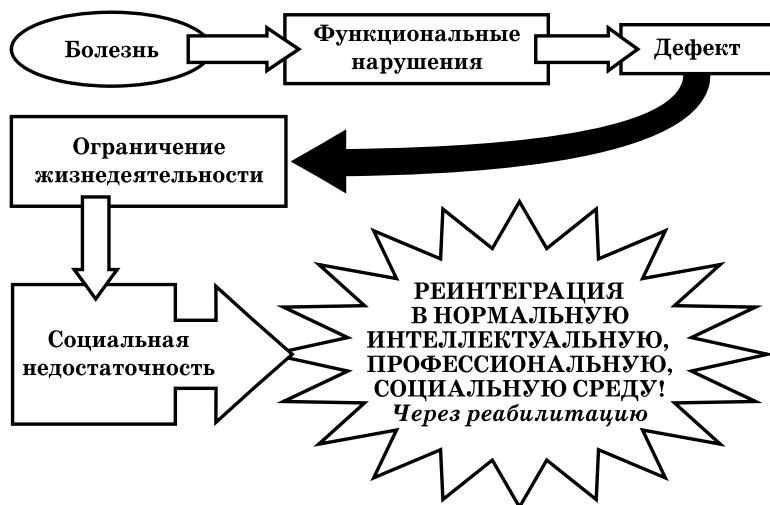
Первый уровень – это задача врачей лечебно-профилактических учреждений, которые обязаны перед направлением в организации социальной защиты сформулировать четкий этиологический, патогенетический, нозологический, а главное – функциональный диагноз. Уметь прочесть этот диагноз и интерпретировать с социальных позиций, а также сформулировать социальный диагноз с учетом ограничений жизнедеятельности пациента, приводящих к социальной недостаточности, – задача специалиста по социальной работе.

Оценка последствий второго и третьего уровня, т.е. нарушения интегративных функций целостного организма, его способностей, а также оценка социальной недостаточности (дезадаптации) – это непосредственная задача специалистов по социальной работе.

Таким образом, специалистам по социальной работе необходимы знания для понимания и реализации мероприятий на различных уровнях следующей цепочки:

- болезнь;
- функциональные нарушения;
- дефект;
- ограничение жизнедеятельности;
- социальная недостаточность.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ЦЕПЬ ПОСТАНОВКИ СОЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА



Оценка последствий болезни на органном уровне

Для количественной характеристики последствий болезней 1 уровня (морфофункциональных нарушений) используются различные критерии.

В настоящее время получает распространение понятие «функциональный класс» – ФК, который отражает количественное состояние функции в баллах (классах) или процентах.

Для оценки состояния функции в реабилитации учитываются 2 критерия – степень нарушения функции и возможности ее компенсации с помощью медико-технических средств. Если компенсация улучшает состояние функции, то ее ФК оценивается с учетом эффекта компенсации.

ФК-0 – нет нарушения функции.

ФК-1 – имеются легкие нарушения функций (не более, чем на 25%). Сюда же относятся более выраженные нарушения, которые с помощью медико-технических средств компенсируются полностью или до степени легких нарушений.

ФК-2 – умеренное нарушение функций (от 25 до 50%), не компенсируемое с помощью вспомогательных средств, или более значительное нарушение, частично компенсируемое до умеренной степени.

ФК-3 – значительное нарушение функций (от 51 до 75%), не компенсируемое или слабо компенсируемое.

ФК-4 – резко выраженное и полное (свыше 75%) нарушение функций, не компенсируемое.

ГЛАВА 4. ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СОЦИАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Оценка последствий болезни второго уровня проводится на основании международной номенклатуры ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности

Для дальнейшего рассмотрения вопроса необходимо определить основные понятия критериев жизнедеятельности, их виды и характер социальной недостаточности [3; 15; 16; 17].

Так, жизнедеятельность (или привычная деятельность) представляет интеграцию физических, психологических и социальных функций. Ограничения жизнедеятельности, приводящие к снижению трудоспособности, возникают при снижении способностей: ориентации (осознание себя, оценка внешних событий и своей роли, возможность приобретения знаний и участие в производственной деятельности, выполнение семейной роли и т.п.), общения, к личному уходу, передвижения, владеть телом, ловкости, выносливости к различным факторам, способности к специальным навыкам.

Уровень ограничения жизнедеятельности нарастает по мере утяжеления ограничения трудоспособности:

- трудность в действиях при возможности выполнения их без посторонней помощи;
- необходимость во вспомогательных средствах;
- необходимость в посторонней помощи;
- полная зависимость от присутствия другого лица;
- выполнение только при помощи другого лица, использующего вспомогательные средства;
- полная неспособность к деятельности.

Социальная недостаточность отражает последствия – культурные, социальные, экономические и в окружающей среде, вытекающие из ограничения жизнедеятельности и снижения трудоспособности, когда человек может выполнять лишь ограниченно или не может совсем выполнять обычную для его положения роль в жизни, в зависимости от пола, возраста, социального и культурного положения.

Для оценки ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности используются измерители жизненного опыта. Шесть ключевых из них, отражающих возможность человека поддерживать так называемые «жизненные роли», являются критериями выживания: при ограничениях ориентации, физической независимости (самообслуживания), мобильности (передвижения), занятия трудовой деятельностью, социальной интеграции (общения) и экономической самостоятельности.

Использование критериев выживания позволяет выделить степени ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности применительно к степени ограничения трудоспособности [20; 21]. Они могут быть:

- незначительные (у лиц без видимых признаков (например, инвалидности), но нуждающихся в профилактических мерах);
- умеренные;
- значительные и резкие.

Краткая характеристика критериев жизнедеятельности с оценкой степени тяжести социальной недостаточности.

1. Ориентация – это способность самостоятельно ориентироваться по отношению к окружающей обстановке, взаимодействие или взаимосвязь с ней посредством зрения, слуха, обоняния или осязания.

Социальная недостаточность при ограничениях ориентации включает последствия снижения способности поведения (оценка внешних событий и своей роли, возможность приобретения знаний и участия в производственной деятельности) и коммуникации при соответствующих уровнях зрения, слуха, осязания, речи и ассимиляции этих функций в сознании.

Ограничения ориентации могут быть:		
ФК1	незначительные	- если достигается полная компенсация при использовании вспомогательных устройств для видения, слушания или при постоянном применении лекарств для поддержания способностей поведения и общения; при периодическом (эпизодическом) расстройстве ориентации (приступ головокружения при болезни Меньера, диплопия при множественном склерозе, заикание и т.п.);
ФК2	умеренные	- при необходимости частичной компенсации помех ориентации вследствие снижения способности зрения, слуха, используя вспомогательные устройства или медикаменты (например, у водителей); если достигается неполная компенсация при помощи вспомогательных средств или медикаментов и в результате ощущаются заметные трудности ориентации (помехи ориентации средней тяжести);
ФК3	значительные	- когда имеется потребность в помощи других лиц при частичной потере зрения, слуха, снижения тактильной чувствительности, со спутанностью или другими ощутимыми помехами;

ФК4	резкие	- при снижении способности поведения и коммуникации тяжелой степени, когда вспомогательные средства не компенсируют резко выраженные нарушения и необходимо замещение другими системами поддержания ориентации (слепой полагаются на слух и осязание); при потере ориентации вследствие наличия помех средней и тяжелой степени более чем одной системы ориентации, куда входят зрение, слух, осязание и речь; при дезориентации, когда неспособность ориентироваться в окружающей обстановке требует ухода в специальном учреждении.
-----	--------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Самообслуживание или физическая независимость – это способность поддерживать привычное, эффективное, независимое от других лиц существование, включая функции личного ухода за собой и другую повседневную деятельность.

Социальная недостаточность при ограничениях самообслуживания включает степень зависимости по отношению к вспомогательным устройствам и помощи окружающих.

Ограничения самообслуживания могут быть:		
ФК2	умеренные	- если достигается независимость в результате использования вспомогательных устройств и приспособлений (протезы конечностей, другие протезы, вспомогательные устройства для хождения или выполнения повседневной деятельности, а также регуляторы экскреторных функций); независимость достигается в результате модификации или адаптации непосредственного окружения (зависимость от этажа дома, от наличия специальных лестниц с наклоном и лифта в доме, от высоты рабочей поверхности и др.);
ФК3	значительные	- когда имеются трудности удовлетворения личных нужд без вспомогательных приспособлений; трудности передвижений вне дома, преодолеваемые с помощью других лиц; когда при помехах ориентации средней тяжести (из-за снижения зрения) требуется помощь других лиц; когда имеется

Продолжение таблицы

		зависимость от других лиц при удовлетворении нужд, возникающих через длительные интервалы (24 часа и реже) при снижении способности ведения домашнего хозяйства для поддержания приемлемого уровня питания, тепла, чистоты и безопасности; при нуждаемости в обстановке защиты или наблюдения;
ФК4	резкие	- когда зависимость проявляется через короткие интервалы (несколько часов) при снижении способности к личной гигиене, питанию и др. функциям личного ухода; при нуждаемости в постоянном уходе и присмотре; при необходимости помещения в специальное учреждение для обеспечения ухода и компенсации ограничений в поведении.

3. Передвижение или мобильность – способность эффективно передвигаться в своем окружении.

Социальная недостаточность зависит от степени мобильности, возможность которой увеличивается при использовании протезов и других средств физической помощи.

Ограничения передвижения могут быть:		
ФК0	незначительные	- если они возникают периодически при нарушении физической выносливости (у больных бронхитом в зимнее время); при замедлении темпа передвижения из-за снижения зрения, при котором, однако, сохраняется возможность использовать общественный транспорт при любых условиях;
ФК2	умеренные	- когда подвижность снижается из-за снижения зрения, физической слабости или дебильности, из-за снижения способности к большим усилиям вследствие сердечного или респираторного нарушения; при неспособности использовать общественный транспорт, несмотря на отдаленность места работы от места жительства;
ФК3	значительные	- при ограничении передвижения пределами близкого соседства (в случае снижения способности к небольшим усилиям вследствие сердечного или респираторного нарушения и т.п.);

Продолжение таблицы

ФК4	резкие	- если передвижение ограничено пределами жилища или комнаты (при сердечном или респираторном нарушении); пределами кресла (у прикованного к постели).
-----	--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

При определении ограничений передвижения не рекомендуется принимать во внимание случайное уменьшение или ограничение мобильности, а также учитывать вспомогательные средства, которые только предполагается предоставить; в случае сомнения следует отнести ограничения к более тяжелой степени.

4. Общение или социальная интеграция – способность участвовать в контактах с людьми, поддерживать привычные общественные взаимоотношения.

Социальная недостаточность характеризует степень контактности с расширяющимся кругом лиц.

Ограничения общения могут быть:		
ФК0	незначительные	- когда нарушения (уродство) или снижение способности, причиняя неспецифическое неудобство, сдерживают участие не во всех видах общественной активности; при некоторых легких нарушениях личности, когда нарушения или снижение каких-либо способностей ограничивают участие не во всех видах обычной социальной активности (не может вступить в брак и др.);
ФК2	умеренные	- при пониженном участии у лиц, неспособных поддерживать непринужденные отношения с новыми знакомыми, вследствие чего их социальные взаимоотношения сводятся в основном к устоявшимся контактам, таким, как семья, друзья, соседи и коллеги; у лиц, отстающих в физическом, психологическом или социальном развитии, если у них происходит улучшение развития;
ФК3	выраженные	- у лиц, испытывающих трудности при поддержании устоявшихся контактов с друзьями, соседями и коллегами; у лиц, отстающих в физическом, психологическом или социальном развитии, у которых не наблюдается улучшение развития; если

Продолжение таблицы

		сохранена способность поддерживать отношения только со значимыми людьми (родители, супруг); у пожилых людей с полным уходом в себя; при расстройстве поведения средней тяжести;
ФК4	резкие	- при нарушенных взаимоотношениях со значимыми людьми (родители, супруг); при тяжелых расстройствах поведения.

5. Контроль за своим поведением включает способность осознания и способность правильно вести себя в повседневной обстановке и по отношению к окружающим.

Ограничения жизнедеятельности и социальная недостаточность связаны со снижением способности самосознания, осознания местоположения во времени и пространстве, идентификации предметов и людей, осознания личной безопасности, способности запоминать и понимать связи между предметами и людьми в условиях повседневной жизни, способности приобретать знания и их использовать, способности к взаимоотношениям (семейным, производственным, межличностным).

<i>Ограничения контроля могут быть:</i>		
ФК0	незначительные	- когда снижение контроля является переходящим;
ФК2	умеренные	- при снижении способности и ориентации образа тела (неспособность четко дифференцировать право лево, чувство фантомной боли); расстройстве способности производить благоприятное впечатление в ситуации общения из-за невнимания к установленному порядку; снижению способности к сотрудничеству, к участию в общем ритме работы, к организации текущих дел, в кризисных ситуациях (болезнь, несчастный случай у члена семьи), при определении трудовой установки; при снижении осознания личной безопасности;
ФК3	значительные	- при снижении способности запоминать и понимать связи между людьми в условиях повседневной жизни, когда поведение не соответствует ситуации; при выраженном снижении способности к приобретению знаний (в результате нарушения интеллекта) или новых навыков и неспособности

Продолжение таблицы

		использовать возможности обучения; при пренебрежении личной чистоплотностью и беспорядке во внешнем виде);
ФК4	резкие	- при неспособности осознания во времени и пространстве внешних объектов, событий и самого себя; при склонности к самоповреждениям и потенциально опасном поведении для окружающих.

6. Участие в трудовой деятельности зависит от ограничения занятия, под которым понимается способность занимать свое время в соответствии с возрастом, полом и культурой. В объем обычной деятельности входят, помимо работы по найму, ведение домашнего хозяйства и активный отдых, способность нести ответственность по воспитанию ребенка, для детей – способность посещать нормальную школу.

Социальная недостаточность при ограничении трудовой деятельности характеризует снижение способности поддерживать соответствующую занятость времени в течение рабочего дня.

Ограничения участия в трудовой деятельности могут быть:		
ФК0	незначительные	- при периодической (эпизодической) неспособности к занятию (вследствие приступа мигрени, аллергии и т.п.); при затруднении в выполнении отдельных видов деятельности у лиц, которые в целом с ней справляются; при ограничении участия в деятельности школы детей вследствие снижения некоторых способностей;
ФК2	умеренные	- когда возможность выполнять профессиональный труд в полной мере появляется при изменениях на рабочем месте или после обеспечения специальными приспособлениями (при рациональном трудоустройстве); при необходимости изменить рабочее место или профессию; при ограничении выбора карьеры вследствие нарушения или ограничения трудоспособности; при необходимости обучения в спецшколе детей с частичным лишением зрения или слуха; если снижение трудоспособности позволяет работать или заниматься чем-то только неполный рабочий день; при обучении в школе – посещать только неполный

Продолжение таблицы

		учебный день или иметь другие ограничения, касающиеся рационального обучения; (у этих лиц имеется также потребность в специальных мерах для ведения домашнего хозяйства, присмотра за детьми и других видов деятельности на досуге);
ФК3	значительные	- когда имеется возможность выполнять работу по найму только в специально созданных условиях; у ребенка – снижение способностей, мешающее посещать нормальную школу; если имеется необходимость порекомендовать кому-то большинство обязанностей по ведению домашнего хозяйства или воспитанию детей;
ФК4	резкие	- когда имеется прикованность к какому-либо занятию при ограничении типа занятия и времени; неспособность участвовать в деятельности, характерной для возрастной группы; имеется способность выполнять только очень ограниченный круг обязанностей, связанных с ведением домашнего хозяйства или воспитанием детей; при невозможности продолжать занятия, использовать возможность обучения, вести профессиональную работу ни в какой форме; неспособности вести домашнее хозяйство и воспитывать детей

Необходимо отметить, что степень влияния тех или иных видов ограничений жизнедеятельности на социальную недостаточность пациента различна. Так, в периоде лечения могут превалировать одни (например, передвижение или общение), а в периоде последствий или отдаленных последствий другие (например, ориентация и способность участия в трудовой деятельности).

ГЛАВА 5. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДНОСТИ

Роль личности при формировании инвалидности

Личность является ключевым аспектом при формировании ограничений жизнедеятельности, вследствие болезней или дефектов здоровья. Именно личность человека находится в центре внимания специалистов в области психологии, медицинской психологии, социальной работы и т.д., при планировании, организации и непосредственном проведении реабилитационных мероприятий больным и инвалидам. Предболезненные (преморбидные) свойства личности, отношение к болезни, лечению, восстановлению после перенесенного заболевания и многие другие явления, связанные с ней, играют громадную роль в успешности терапии и реабилитации. Только через личность, с учетом ее особенностей, установив с ней доверительные отношения, можно воздействовать на личностные установки в ситуации болезни, формировать терапевтический союз для достижения оптимального лечебного и реабилитационного результата [12].

Во взглядах на сущность личности существует множество взаимоисключающих определений. Однако большинство исследователей склоняются к ее социальной сущности, т. е. ее приобретенному в процессе воспитания и самовоспитания в общественной среде характере. Каждая личность уникальна по своим биологическим задаткам и жизненному опыту и в то же время несет в себе общие черты, присущие обществу, в котором она живет.

Личность – это относительно устойчивая система социально значимых черт, позволяющая познавать и преобразовывать себя и окружающий мир. Стать личностью – означает, во-первых, занять определенную жизненную (нравственную) позицию; во-вторых, в достаточной степени осознать ее и нести за нее ответственность; в-третьих, утверждать ее своими поступками и делами (Б. С. Братусь).

Личность – сложное социально-психологическое образование, имеющее общую структуру, в которую могут быть уложены любые индивидуальные и типовые структуры. Единой структуры личности, принятой всеми психологами, нет, каждый из них акцентирует внимание на тех или иных составляющих. Мы придерживаемся взглядов на этот вопрос К.К. Платонова (1977), как наиболее разработанных и обоснованных, с нашей точки зрения.

К.К. Платонов выделяет подструктуры направленности, опыта, психических процессов, темперамента.

Направленность – наиболее социально обусловленная подструктура, сформированная в результате воспитания. Направленность – устойчивая, доминирующая система мотивов, интересов, убеждений,

идеалов, вкусов и т.д., в которых проявляют себя потребности индивида. Они относительно независимы от ситуации, в них отражается мировоззрение человека, что проявляется главными тенденциями поведения. Именно направленность служит основной опорой психотерапевтических мероприятий, и в этом ее важное значение при проведении реабилитации инвалида.

Вторая подструктура объединяет навыки, знания, умения и привычки, приобретенные в личном опыте путем обучения, уже с заметным влиянием биологической обусловленности входящих в нее свойств личности. Ее иногда называют индивидуальной культурой или подготовленностью.

Третья подструктура объединяет индивидуальные особенности психических процессов (ощущения, восприятия, мышления, памяти, эмоций, воли), имеющих биологическую основу, но преломленных через социальные потребности личности. Свойства этой подструктуры личности, взаимодействуя с тремя остальными подструктурами, формируются путем упражнения.

Последняя, четвертая подструктура, – биологическая, объединяет свойства темперамента, т. е. характеристику индивида со стороны нервно-динамических особенностей ее деятельности. Нужные черты, входящие в эту подструктуру, формируются с большим трудом путем тренировки.

Другими подструктурами личности являются способности и характер.

Способности – психические свойства, являющиеся условиями успешного выполнения какого-либо одного или нескольких видов деятельности. Различают природные, биологически обусловленные, связанные с врожденными задатками способности и специфические человеческие способности, имеющие общественно-историческое происхождение.

В свою очередь, специфические человеческие способности разделяют на общие (умственные способности, развитые память и речь, точность и тонкость движений и др.) и специальные, определяющие успехи человека в отдельных видах деятельности и общения (математические, художественные, музыкальные, спортивные, коммуникационные и др.).

Характер – это совокупность индивидуально сложившихся в процессе социализации и ставших устойчивыми стереотипов поведения, штампов эмоциональных реакций, стиля мышления, зафиксированная в привычках и манерах система взаимоотношений с окружающими.

Все подструктуры личности взаимосвязаны, проникают друг в друга и при наличии широкого многообразия людей представляют собой уникальные наборы различных убеждений и интересов, опыта и знаний,

способностей и умений, темперамента и характера. Именно поэтому непросто избегать несовпадений, противоречий и даже конфликтов с другими людьми. Чтобы более глубоко понять себя и других, социальному работнику нужны определенные психологические знания в сочетании с наблюдательностью.

Из всех подструктур личности особого внимания заслуживает характер. Характер – это каркас личности, в который входят только наиболее выраженные и тесно взаимосвязанные свойства личности, отчетливо проявляющиеся в адекватных и неадекватных формах поведения. Постоянно вести себя адекватно меняющимся жизненным ситуациям способен человек с гармоничным характером, т.е. характером, позволяющим без эмоционального напряжения избегать конфликтов с окружающими и самим собой. К гармоничным чертам характера относят:

- адаптивность;
- зрелость;
- здравомыслие;
- гибкость;
- реализм в оценке окружающих;
- реальность самооценки;
- самостоятельность;
- автономность;
- естественность;
- самоуважение;
- способность к проблемной центрации;
- разумное сочетание эгоистических и альтруистических целей и др.

Соответственно, признаками дисгармоничного характера, при котором есть сложности с социальной адаптацией, являются противоположные черты: инфантилизм, нездравомыслие, ригидность, отсутствие реализма в оценке окружающих, нереальность самооценки, несамостоятельность, зависимость, неестественность, крайние варианты отношения к себе (самоунижение, самовосхваление), центрация на несущественных параметрах, эгоцентризм и др.

Значение дисгармоничной личности, подробно рассматриваемой в таком разделе психологии, как медицинская психология, обусловлено неизбежностью для специалиста по социальной работе иметь дело с различными людьми – не только характерологически сбалансированными, но и акцентуированными, и людьми, являющимися психопатическими личностями. Акцентуации характера – гипертрофированное развитие отдельных черт характера в ущерб остальным. Это может нарушить устойчивость личности при неблагоприятных социальных воздействиях, обращенных к ее наиболее слабым, ранимым местам. Акцентуации характера – это крайние варианты нормальных типов

характера. Распространенность их достаточно велика (от 20 до 50% популяции). Психопатия (расстройство личности) – аномалия характера, в основном в эмоционально-волевой сфере, серьезно нарушающая адаптацию человека в окружающей социальной среде. Болезни, трения и конфликты в процессе лечебного и реабилитационного процессов могут вызвать декомпенсацию психопатий, обусловить сложность работы с такими пациентами.

В психологии существует большое число типологий характера. При рассмотрении вопросов, связанных с формированием личности инвалида, более подходит клиническая типология характеров, представленная типами, выделенными на основании преобладания тех или иных качеств и свойств, а также их специфического сочетания с указанием на преобладающий характерологический радикал. Традиционно наиболее часто выделяют следующие типы характера: истерический, шизоидный, эпилептоидный, психастенический, паранойяльный, которые могут быть как нормальными, так и акцентуированными и психопатическими. Некоторые исследователи приводят и другие клинические типы характеров, однако, в конечном счете, их можно свести к вышеприведенным основным.

Кратко остановимся на особенностях типов характера, позволяющих специалисту по социальной работе (психологу) провести диагностику и с учетом выявленных характерологических черт предвидеть поведение клиента и продуктивно строить свои отношения с ним.

Сутью демонстративного истерического типа является эгоцентричность, стремление всегда быть в центре внимания окружающих, всегда занимать ведущие позиции и получать подкрепление своей завышенной значимости и уникальности со стороны других. Неудовлетворение этих потребностей ведет к обвинению окружающих, конверсионным расстройствам (различным признакам мнимых болезней).

Шизоидному типу свойственны склонность к одиночеству, замкнутость, сниженная способность к сопереживанию, нелюбовь к смене обстановки, эксцентричность внешности, поведения, высказываний.

Эпилептоидный тип характеризуется склонностью к длительному застреванию на каких-то обидах, замедленностью и тугоподвижностью мышления, педантизмом, аккуратностью, бережливостью, аффективными взрывами и конфликтностью.

Психастенический тип (ананкастный, обсессивно-компульсивный) представлен такими чертами характера, как застенчивость, нерешительность, заниженная самооценка, мнительность, тревожность, ипохондричность, стремление к самокопанию и др.

Астенический тип имеет такие свойства, как пассивность, повышенная утомляемость, неуверенность в своих силах, подчиняемость, повышенная эмотивность.

Паранойяльный тип отличается от других чрезмерной чувствительностью к неудачам, аффективной ригидностью, подозрительностью, склонностью к образованию доминирующих и сверхценных идей, «борьбой за правду» и т.д.

Как видно из вышеизложенного, проблема личности очень сложна и еще далека от своего окончательного общепринятого разрешения. Среди большого числа существующих теорий личности, как зарубежных, так и отечественных, мы придаем особое значение теории отношений личности В.Н. Мясищева. Эта теория личности является хорошей научной базой многих практических положений медицинской психологии. Психологические отношения человека представляют целостную систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными сторонами действительности. Эта система вытекает из личного жизненного опыта человека, он избирательно и приоритетно выбирает, с кем и как взаимодействовать, на каком эмоциональном уровне, как долго и т.д., т.е. он активно регулирует степень контактов с окружающими. Типичные отношения постоянно реализуются в общественном поведении, закрепляются в образе жизни, переходят в черты характера (А.Ф. Лазурский). Болезнь как стрессовая ситуация в жизни пациента изменяет систему значимых отношений личности к себе, своему здоровью, семье, трудовым и социальным достижениям и др. Для достижения успеха терапии и реабилитации необходимо выяснить особенности отношений больного к болезни, лечению, членам семьи и коллегам по работе, его ценностные ориентации и т.д.

В структуре отношений особенно важной является самооценка (адекватная, завышенная, заниженная, колеблющаяся). У большинства людей проявляется тенденция оценивать себя по различным качествам чуть выше среднего. Самоуважение – один из истоков психологической устойчивости, хорошего настроения. В условиях болезни, при наличии определенных характерологических черт, самооценка может изменяться. Завышенная самооценка присуща демонстративным личностям, они чрезмерно обидчивы, нетерпимы к малейшим замечаниям, конфликтны. При заниженной самооценке, характерной для лиц с тревожным, застревающим и педантичным типами акцентуации характера, постоянно присутствуют пониженное настроение, неуверенность в своих силах, несамостоятельность, чрезмерная зависимость от других. Значительное расхождение между представлениями пациента о самом себе и оценкой его окружающими может быть причиной серьезных внутренних и внешних трудностей. Особенности самооценки должны учитываться при проведении терапевтических и реабилитационных мероприятий (изменение представлений о реальном «Я» в адекватном направлении).

Помимо системы отношений в структуру личности, предложенной В.Н. Мясищевым, входят еще три компонента: психический уровень

личности, динамика реакций и переживаний личности, архитектура личности.

Психический уровень включает в себя идейный уровень активности – конкретно-личный, повседневно-бытовой, элементарно-витальный, патологическое заострение или недостаточность в какой-либо области; ум – его развитие и особенности, уровень функционально-психических особенностей – восприятия, памяти и пр.; способности и их развитие; волевые качества. Необходимо учитывать достигнутый уровень психического развития, а также условия, в которых он был бы достигнут (высокий – даже при неблагоприятных условиях, низкий – даже при условиях благоприятных). Определить уровень развития личности – это значит ответить на вопросы о способностях и психическом развитии человека. Социальному работнику (психологу) важно учитывать уровень психического развития для правильных коммуникаций в целях осуществления доступных для клиента реабилитационных задач.

Динамика реакций и переживаний личности (темперамент) характеризуется активностью (ее степенью, областью проявления активности, видом деятельности с оптимальной и минимальной активностью и пр.) и реактивностью (ее степенью, повышенной или пониженной эмоциональной возбудимостью, нормальной или патологической реактивностью и относительной степенью эмоциональной выраженности (тревога, страх, недовольство, гнев, радость, снижение и притупление эмоциональности и др.), нервно-психическим тонусом – состоянием, настроением и пр.

Архитектура личности – это соотношение психических свойств в их единстве. Сюда относятся пропорциональность и непропорциональность свойств психики, наличие или отсутствие доминирующих отношений (интересов, потребностей, перевес идейно-общественных побуждений над личными или обратное, гармоничность, цельность или внутренняя противоречивость личности, ее широта и глубина). Понятие «архитектура личности» (по В.Н. Мясищеву) близко к понятию «структурно-характерологические особенности личности». Говоря о том, что характер как психическое своеобразие человека определяется соотношением эмоционально-волевой сферы и интеллектуальных особенностей личности, В.Н. Мясищев в то же время подчеркивал, что это одновременно понятие содержательное. Содержание его определяется отношением человека к действительности и, прежде всего, взаимоотношениями с другими людьми.

В лечебно-реабилитационном процессе невозможно обойти понятие мотивации. Термином «мотивация» в современной психологии обозначаются:

1) совокупность побуждений, вызывающих активность индивида и определяющую ее активность, т. е. система факторов, детерминирующих поведение;

2) процесс образования, формирования мотивов, характеристика процесса, который стимулирует и поддерживает поведенческую активность на определенном уровне.

Мотив – это побуждение к совершению поведенческого акта, порождаемое системой потребностей человека и с разной степенью осознаваемое либо неосознаваемое им вообще. Согласно психологии деятельности А.Н. Леонтьева, сутью личности является система относительно устойчивых иерархизированных мотивов как основных побудителей деятельности с формированием смыслообразующих мотивов и мотивов – стимулов. В условиях болезни меняется иерархия мотивов (под влиянием, в частности, доминирующей потребности в безопасности), утрачиваются побудительные их свойства, они могут вступать в противоречие друг с другом, ослабляя общую мотивацию к лечению. Искажение мотивации к лечению может происходить в разных направлениях: у одних больных лечение превращается в самоцель (мотив лечения становится патологическим), у других – лечение является нежелательным (стремление скрыть болезнь), у третьих – лечение по словесной мотивировке больного желательно, а по построению его действий – безразлично.

Задачей врача, психолога, специалиста по социальной работе является поддержание и укрепление мотивов, направленных на противодействие болезни и ее последствиям. Основой хорошей сопротивляемости болезни являются не сами по себе свойства организма, нервной системы, а их конкретное преломление в присущих данной личности потребностях, стремлениях и побуждаемой ими деятельности. Активная жизненная позиция и, соответственно, интенсивное противодействие болезни, как правило, основаны на учете интересов общества. Пациенты, для которых характерны значительные социальные интересы, активно взаимодействуют с врачом, психологом, социальным работником в процессе лечения и реабилитации. При их отсутствии перед реабилитационной бригадой возникают не только лечебно-восстановительные, но и медико-педагогические проблемы. Важнейшей предпосылкой успешного лечебно-реабилитационного процесса является выработка сознательной мотивации на преодоление болезни и ее последствий.

Для успешности своей работы социальный работник (психолог) должен владеть методами исследования личности. Их много, они в различной степени сложны и надежны. Неоднозначность пристрастий исследователей к той или иной личностной методике отражает различия в концептуальных подходах к такой сложной проблеме, как личность.

Выделяют клинический метод и экспериментально-психологический. Основу первого составляют беседа с больным и наблюдение.

Направленная беседа (интервью, эксплорация) позволяет выявить типологические особенности личности.

Наблюдение позволяет сделать вывод о его эмоциональном отношении к тому или иному факту, поведенческих паттернах и др.

Биографический (анамнестический) метод, относящийся к аналитическим методам, через изучение закономерностей жизненного пути – истории человека как личности и субъекта деятельности, позволяет получить целостное представление о личности и ее развитии. Сочетание рассказанного пациентом (субъективный анамнез) и сообщенного родственниками, сотрудниками, медицинскими и социальными службами (объективный анамнез) позволяет оптимально объективно оценить систему жизненных отношений больного, выявить наиболее значимые из них, увидеть степень их нарушения. Важное дополнение к этому методу несут дневники пациентов, автобиографии, продукты их деятельности (рисунки, записки, заявления и др.).

Все экспериментально-психологические методы исследования личности можно условно разделить на две группы:

I. Опросники (анкеты): ММРА. Е. Личко, Г. Айзенка, самооценки (С.Я. Рубинштейн) и др., где пациент сам отвечает на предложенные стандартные вопросы, позволяющие экспериментатору судить о личностных чертах испытуемого.

II. Проективные методики, когда испытуемому дается неструктурируемое задание, допускающее многие способы решений.

Эти методики основаны на предположении, что в своем решении индивид проявит характерные для него особенности. К таким тестам относятся: методика свободных ассоциаций, методика незавершенных предложений, ТАТ, тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга, тест Роршаха и др. Умелое сочетание клинического и экспериментально-психологического методов позволяет социальному работнику (психологу) с наибольшей долей объективности оценить личностные характеристики своих пациентов и адекватно с ними взаимодействовать.

Психологические особенности разных возрастных периодов развития человека в аспекте отношения к болезни

Человек может заболеть в любом возрасте. Социальному работнику (психологу) необходимо знать типологические особенности психологии людей в разных возрастных периодах для правильного понимания реагирования на болезнь представителей различных возрастов. Имеет значение и пол заболевших. Так, женщины легче переносят боль и обездвиженность [12].

В детском возрасте происходит интенсивный процесс социализации, становление собственного «Я». Ведущей деятельностью дошкольников является игра, а младших школьников – учеба. В игре формируются нормы и способы взаимоотношения людей. Могут возникнуть типичные характерологические реакции этого возрастного периода, такие как: протеста (оппозиции), имитации, компенсации,

гиперкомпенсации. Например, недовольство ситуацией может вызвать элективный (избирательный) мутизм – ребенок отказывается говорить в детском саду, гостях и в то же время активно общается с близкими. Дети хорошо имитируют нравящихся им взрослых, в первую очередь, родителей. Подражают их высказываниям и поведению. При реакциях компенсации поведение детей маскирует ту или иную слабую сторону личности или подавляет переживание ее неполноценности, связанное с наличием того или иного физического дефекта. Например, физически слабый мальчик находит самоудовлетворение и уважение сверстников, обыгрывая всех в шахматы. При реакциях гиперкомпенсации, могущих быть как адаптивными (ребенок с физическим дефектом, путем интенсивных спортивных тренировок становится школьным рекордсменом), так и дезадаптивными (самоизолируется от коллектива или завоевывает себе «авторитет», выполняя роль шута, драчуна и т. д.).

К общим возрастным особенностям детей следует отнести незрелость социально-детерминированных форм поведения, перевес эмоциональных сторон психической жизни над интеллектуальными, выраженную эгоцентрическую установку.

Из патологических синдромов детского возраста надо отметить: явления невропатии (повышенная раздражительность и возбудимость, капризность, неустойчивость настроения, быстрая истощаемость, выраженная пугливость, психосоматические симптомы: срыгивание, рвоты, запоры или недержание кала, извращение аппетита и др.); гипердинамический синдром или синдром дефицита внимания; синдромы страха, особенно страх темноты, одиночества, наказания, уколов и др.; синдром уходов и бродяжничества (повторяющиеся уходы ребенка из дома или школы, поездки в другие города); синдром патологического фантазирования (когда в жизни ребенка смешивается фантазия и реальность, часто с перевоплощением в выдуманный образ).

Дети хуже взрослых переносят боль и госпитализацию в больницу. Они не полностью понимают серьезность заболевания и в силу своей активности с трудом следуют ограничительному режиму лечебных учреждений. Считается, что движение в этом возрасте, как и громкость речи, являются вентилем, ослабляющим эмоциональное напряжение.

Это возраст наибольшего авторитета взрослых в глазах детей. Поэтому социальному работнику (психологу) следует использовать данное положение, подключив к реабилитационному процессу уважаемых ребенком взрослых (родителей, учителей). В детском возрасте задачи реабилитации тесно переплетаются с задачами педагогики. Необходимо с учетом эмоциональной откликаемости детей воздействовать именно на эту сферу психической деятельности (похвала, поощрение, ласка и т. д.).

В становлении личности человека огромное значение имеют подростковый и юношеский возраст. К подростковому возрасту принято относить возраст 12–15 лет, к юношескому – 15–21 год. В этот период происходит интенсивное физическое созревание с некоторым отставанием психического. В пубертатном возрасте ребенок физически уже взрослый, но психически еще незрел. Это возраст, когда появляется склонность к самоанализу, переоценки ценностей, отхода от родителей, критического отношения ко взрослым, существующим нормам и правилам. Появляется повышенная потребность утвердить себя среди сверстников, мнение которых становится для подростка определяющим. Социальным работникам (психологам) необходимо знать характерные поведенческие реакции на ту или иную ситуацию, свойственные этому периоду взросления.

Реакция эмансипации заключается в стремлении подростков к самостоятельности, освобождению от контроля взрослых, самоутверждению. Она может проявляться в непослушании, грубости, игнорировании мнения старших, повышенной критичности ко взрослым и всей существующей социальной системе, ношению эпатажирующей окружающих одежды, причесок, вызывающей алкоголизации, сексуальной распушенности и т.д.

Реакция группирования со сверстниками проявляется в стремлении образовывать более или менее стойкие неформальные группы со своими специфическими увлечениями и стилем поведения (футбольные фанаты, поклонники «тяжелого рока» – «металлисты», «рокеры», различные «фэны» – поклонники эстрадных кумиров и др.). Они могут быть социально положительными, социально нейтральными и антисоциальными. Главным содержанием отношений в таких группах является общение между собой, обмен информацией, взаимопомощь.

Реакции увлечения (хобби-реакции) – выраженный стойкий интерес к одному виду деятельности, сопровождающийся сильными эмоциональными переживаниями. Различают увлечения:

- интеллектуально-эстетические (музыка, рисование, философия и т. д.);
- телесно-мануальные (спорт, туризм, рукоделие и др.);
- накопительские (коллекционирование);
- эгоцентрические (экстравагантная одежда, участие в рок-ансамблях);
- информационно-коммуникативные (потребность в контактах, жажда получения новых сведений);
- азартные (карты, гэмблинг) и др.

Повышенное и недостаточно дифференцированное половое влечение приводит к реакциям, связанным с сексуальностью. Они проявляются в повышенном интересе к эротической и порнографической литературе и изопродукции, в виде сексуальных фантазий, ранних

половых связей, транзиторных эксгибиционистских, групповых гомосексуальных и мастурбационных актов.

Реакции подросткового возраста в большинстве случаев являются переходящим этапом развития и не вызывают выражений социальной дезадаптации. Однако у части подростков эти реакции могут принимать крайне выраженные формы, отодвигать на задний план все остальные обязанности (школьные, семейные), сопровождаться нарушением социальной адаптации и невротическими расстройствами (патохарактерологические реакции).

Юношеский период характеризуется переключением внимания от внешних факторов на свой внутренний мир. Идет поиск самого себя, самонаблюдение, познание своих преимуществ и недостатков, своего места в жизни, профессии, иными словами, формируется самосознание – представление о самом себе, самооценивание своей внешности, умственных, моральных и волевых качеств. Часто эта самооценка сверхкритична, что проявляется в чувстве неполноценности своей внешности (веснушки, угри, фигура, форма носа, цвет кожи и т. д.) и может повлечь за собой формирование синдромов дисморфомании, анорексии, ипохондрии. Болезни и нарушения, возникшие в этом возрасте, расцениваются, в первую очередь, с точки зрения социального резонанса в кругу знакомых (косметические дефекты, венерические заболевания, сексуальные расстройства). Выражена потребность, часто не удовлетворенная, в дружбе и любви. В связи с этим необходимо помнить и о возможности юношеских депрессий и самоубийств.

В зрелом возрасте (молодость 21–35 лет и собственно зрелость – 35–60 лет) человек достигает при благоприятном стечении обстоятельств кульминации жизненной творческой деятельности. Наступает период стабилизации интеллектуальных и эмоциональных процессов. Обычно он уже определяется в профессиональном и семейном плане. Однако и этот период жизни подвержен кризисам: в результате неудовлетворенности успешностью карьеры, сформировавшимся авторитетом, уровнем материального благосостояния, семейным статусом, партнером, отношениями с близкими, самим собой (востребован ли для общества, раскрылись ли потенциальные возможности и способности).

В отношении болезни взрослые люди тяжелее реагируют на хронические и инвалидизирующие заболевания, особенно те, которые ведут к снижению социального престижа, а также «стыдные» болезни (туберкулез, венерические, гинекологические и т.д.).

Люди пожилого возраста (60–75 лет) и старческого возраста (более 75 лет) также имеют свои психологические особенности, которые необходимо знать социальному работнику для успешного проведения коррекционных мероприятий. В этом возрасте человек смиряется с тем положением, которого он достиг, нацеливается на достойное завершение

жизни. Большое внимание уделяется собственному здоровью, отмечается повышение чувствительности к боли, часты тревога и страх заболеть тяжелой болезнью и умереть, характерна ипохондрическая настроенность. Старение ведет к замедлению мыслительных процессов, трудности овладения новыми знаниями и навыками, отсюда склонность к застреванию на мелочах, персеверации, утеря доминирующей мысли, что выражается в речевых оборотах: «как бы сказать...», «чтобы было ясно...» и др., трудности с принятием серьезных решений, консерватизм. Отмечается эгоцентризм, который проявляется в скупости, недоверии к людям, подозрительности, мелочности, стремлении все принимать на свой счет, обидчивости, сварливости, требования усиленного внимания окружающих. В целом, круг интересов сужается до удовлетворения собственных нужд со снижением морально-этических качеств и расторможенностью инстинктов. Эстетические чувства притупляются, появляется безразличие к беспорядку и грязи. Эмоционально легко аффектируются по незначительным поводам, долго помнят обиду, преобладает пониженный фон настроения. В волевом плане наблюдается снижение побуждений. Гротескно заостряются личностные особенности: бережливость перерастает в скупость и жадность, настойчивость – в упрямство; недостаточная самокритичность – в переоценку собственной личности и т.д.

Основная проблема этого периода жизни – одиночество, утрата необходимых и желанных контактов, незащищенность перед окружением, несущим, как кажется пожилым, лишь угрозу их благосостоянию и здоровью. Отсюда часто конфликтные отношения с соседями и родственниками.

Общую картину «осени жизни» нельзя рассматривать только пессимистически. Мы знаем достаточное число примеров достойного и мудрого старения, зависящего от отношения к процессу увядания. Выделяют следующие жизненные позиции (К. Висневска-Рошковска):

1) «конструктивная» (смиряются с возрастом, активны и настроены на оказание помощи другим, из старости не делают трагедии, ищут развлечений и контактов);

2) «зависимая» (у тех, которые были такими всю жизнь, старея, они еще больше ищут помощи, признания и, не получая этого, чувствуют себя несчастными);

3) «защитная» (не желают получать помощь от других, держатся замкнуто, отгораживаются от людей, скрывают свои чувства, с негодованием и ненавистью относятся к старости);

4) позиция «враждебности к миру» (гневливые старики, обвиняющие окружающих и общество во всех своих жизненных неудачах, они подозрительны, никому не верят, ни от кого не хотят зависеть, испытывают отвращение к старости, стараются держаться за работу);

5) позиция «враждебности к себе и своей жизни» (характеризуются

пассивностью, исчезновением интересов и инициативы, снижением настроения, чувством одиночества, своей «ненужности», жизнь считают неудавшейся, к смерти относятся как к избавлению).

Возможны и другие позиции, например, позиция «извлечения выгоды из факта старости» (бегство от ответственности и принятия решений), «зависти к молодым» (критика молодежи, нетерпимость) и т.д.

Знание отношения пожилого человека к своему положению облегчает контакт социального работника с ним. Однако вне зависимости от степени личностных изменений и интеллектуального снижения следует облегчить старым людям адаптацию к жизненным переменам: не следует предъявлять к ним повышенные требования, которые могут вызвать стрессовую ситуацию и нарушить имеющуюся приспособленность к жизни; не надо ставить их перед неожиданными переменами, которые обычному человеку кажутся мелочами (даже перемещение постели с привычного места); дать им возможность или хотя бы иллюзию своей полезности, общественной значимости без снисходительного сочувствия; не вызывать у них сильные и неожиданные эмоциональные сдвиги; отрегулировать подходящим образом их ежедневный режим.

Психология больного

Согласно определению ВОЗ (1968), «здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Субъективно здоровье проявляется в чувстве оптимизма, благополучия, радости жизни, желания деятельности. Самосознание человека, находясь в неразрывной связи с интенсивностью раздражения интеро- и экстерорецепторов, формирует представление о физическом состоянии. Представление о своем соматическом состоянии сопровождается определенными переживаниями, находит свое выражение в различных формах отношения человека к своему здоровью. В одних ситуациях – это пренебрежение, в других – повышенное внимание, в третьих – адекватное к нему отношение. Содержание отношения человека к своему здоровью зависит от многих причин: личностных особенностей, возраста, пола, профессии, перенесенных заболеваний, образа жизни, культурного уровня, мировоззрения, физической тренированности и др [12].

Болезнь имеет внешнюю картину – симптомы и синдромы, диагностируемые врачом, и внутреннюю – переживания, с ней связанные.

Внутренняя (аутопластическая) картина болезни (Гольдшейдер, Р.А. Лурия) имеет следующие взаимопереплетающиеся стороны: сензитивную (боль), эмоциональную (тревога, страх, надежда), волевую (усилия на преодоление болезни), интеллектуальную (знания о болезни, ее оценка).

Для пациента внутренняя картина болезни складывается из понимания механизмов возникновения неприятных и болезненных ощущений, оценки их значения для будущего, а также отреагирования на болезнь в виде эмоциональных переживаний, выбора способа действий и поведения в новых для человека условиях. Объективная тяжесть болезни – информация о летальности после подобного расстройства, вероятности инвалидизации и хронификации болезненного процесса тоже является одним из факторов для формирования внутренней картины болезни. Во внутреннюю картину болезни включаются также мировоззренческие и мистические взгляды, присущие субкультуре, в которой вырос и живет больной. Например, религиозный подход к происхождению заболевания (болезнь как кара, как испытание, как назидание другим) или мистический (болезнь как следствие зависти, ревности, «сглаза», «навели порчу»). В структуре внутренней картины болезни важную роль играет также сопоставление ожидаемых и полученных результатов лечения.

При анализе аутопластической картины болезни Р. Конечный и М. Боухал (1985) приводят следующую типологию отношения к болезни:

1) нормальное, т.е. соответствующее состоянию больного или тому, что было ему сообщено о заболевании;

2) пренебрежительное, когда больной недооценивает серьезность заболевания, не лечится, не бережет себя, в отношении прогноза болезни проявляет необоснованный оптимизм;

3) отрицающее, при котором больной «не обращает внимания на болезнь», отгоняет от себя мысли о ней, не обращается к врачу;

4) нозофобное, когда пациент несоразмерно боится болезни, неоднократно обследуется, меняет врачей; он в большей или меньшей степени понимает, что его опасения преувеличены, но не может бороться с ними;

5) ипохондрическое, при котором больной убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием;

6) нозофильное, связанное с определенным успокоением и приятными ощущениями от болезни (может заниматься любимым делом, семья больше заботится о нем);

7) утилитарное, является высшим проявлением нозофильного отношения к болезни. Оно может иметь тройную мотивировку:

- получение сочувствия, внимания, лучшего обследования;
- выход из неприятной ситуации (например, ненавистная работа);
- получение материальных выгод (пенсия, отпуск, получение свободного времени).

Многое в отношении к болезни не осознается и определяется бессознательными эмоционально-инстинктивными процессами.

А.В. Квасенко и Ю.Г. Зубарев (1980) предлагают выделить три этапа, которые отражают формирование и динамику личностных реакций больного на свое страдание: сенсологический, оценочный и этап отношения к болезни.

Сенсологический этап отражает реакции больного на развившиеся явления дискомфорта (неприятных ощущений), боли и связанное с ними чувство той или иной собственной недостаточности. Боль – это сигнал о болезни, имеет физиологический (обусловленный воздействием на рецепторы патологического процесса) и психологический компоненты. При появлении боли возникают представления и мысли об угрозе жизни, возможных последствиях в виде инвалидизации, изменении положения в семье, обществе и т.д. Боль сопровождается тревогой, страхом, снижением настроения. Появляется сознание недостаточности эмоционально-волевых качеств («не могу справиться»), снижается активность, ослабляются побудительные мотивы к деятельности. Психическое состояние соматического больного можно охарактеризовать как переживание стесненной свободы. Таким образом, психологическая характеристика ощущений (дискомфорт, боль) с отрицательно окрашенными переживаниями, осознание ограничения своих прежних возможностей, чувство собственной неполноценности – все это можно объединить понятием дефицитарности.

Оценочный этап – это результат внутренней переработки сенсологических данных, соответствует внутренней картине болезни. В ней важно определить баланс мыслительной и эмоциональной составляющих для последующего психотерапевтического воздействия.

Этап отношения к болезни формируется у больного в процессе его индивидуального развития и воспитания. Он видел, как болеют другие, имеет личный опыт болезни, обладает медицинской и бытовой информацией о заболевании, имеет представления (верные или недостоверные) о последствиях болезни и их значимости для себя, семьи, общества.

Выделяют следующие компоненты личностного реагирования на болезнь в зависимости от ее биопсихосоциального характера: витальный, общественно-профессионально-трудовой; этический; эстетический и связанный с интимной жизнью (Н.Д. Лакошина, Г.К. Ушаков, 1976). При инфаркте ведущим в реагировании будет витальный компонент, обусловленный биологической возможностью умереть. Общественно-профессионально-трудовой и этический компоненты связаны с социально-психологическим уровнем реагирования (например, оценка последствий травм с инвалидизацией, венерические заболевания). Превалирование же значимости эстетического и интимного компонентов (при косметических дефектах, урологических и гинекологических заболеваниях) подчеркивает преимущественную заинтересованность индивидуально-психологического уровня реагирования.

Наряду с общими закономерностями субъективного отражения болезни следует учитывать и механизмы индивидуального представления о болезни. Больной анализирует не только болезнь в целом, но и отдельные ее симптомы, он имеет собственный «диагноз» болезни, свои суждения о причинах, прогнозе и лечении заболевания.

Больной – это личность, отягощенная заботой о здоровье. Это страдающий человек с нарушениями физического, психического и социального благополучия, расстройством биопсихосоциальной адаптации, ощущением зависимости от болезни, переживанием стесненной свободы. В процессе болезни изменяются отношение к себе и взаимоотношения с окружающими, возникают новые отношения с близкими, а также появляются новые связи с незнакомыми до болезни людьми.

Этап отношения к болезни включает: переживания, высказывания и действия, а также общий рисунок поведения, связанные с заболеванием. Кардинальным критерием, определяющим отношение больного к болезни, следует считать признание ее или игнорирование, отрицание. При осознании болезни складываются соответствующие формы отношения к ней, ее признакам, проводимому лечению, методам обследования, а также исходу заболевания. Различают следующие варианты этих отношений:

- пассивно-страдательный;
- активно-положительный (уход в болезнь);
- спокойно-выжидательный;
- активное противодействие болезни.

Л.Н. Лежепекова и Б.А. Якубов (1977) предлагают дифференцировать личностные реакции больных на заболевание (в том числе и отношения к врачу). Они различают:

а) содружественную реакцию, когда больные с первых дней заболевания демонстрируют редкую пунктуальность и безграничное доверие лечащему врачу;

б) спокойную реакцию, при которой больные аккуратно выполняют все назначения врача и адекватно реагируют на все его замечания;

в) неосознаваемую реакцию, которая, имея патологическую основу, в ряде случаев выполняет роль психологической защиты;

г) следовую реакцию: несмотря на благоприятный исход заболевания, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива болезни;

д) негативную реакцию, характеризующуюся тем, что больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности в отношении лечащего врача, медицинского персонала;

е) паническую реакцию, при которой они во власти страха, легко внушаемы;

ж) разрушительную реакцию с неадекватным поведением, игнорированием всех указаний врача.

При определении типа отношения больного к своему страданию следует учитывать степень осознанности болезни. Больные могут осознавать свое соматическое заболевание полностью или частично (так, признавая болезнь, не понимают ее тяжести и возможных исходов).

На характер реагирования на болезнь влияют три группы факторов:

1. Особенности и тяжесть самого заболевания, а также оценка болезни, существующая в населении, и степень ее усвоения больным (его «медицинская грамотность»). Так, злокачественное новообразование обычно вызывает чувство безысходности, обреченности; инфаркт миокарда – страх перед новыми приступами и возможным быстрым смертельным исходом; СПИД, сифилис – чувство стыда и страдания и т.д. Реакция зависит от угрозы снижения или утраты трудоспособности, излечимости или неизлечимости болезни, ее продолжительности, физических страданий, предстоящей операции и т.д.

2. Особенности личности больного, его темперамент и характер, тип акцентуации. Гармоничные личности легче адаптируются к трудным условиям, вызванным болезнью. Имеет значение иерархия личностных ценностей. Люди, у которых основная направленность носит социальный характер, легче переносят болезнь, чем те, кто слишком много внимания уделяет своему здоровью и у кого на первом месте стоит удовлетворение физиологических потребностей. Отношение к болезни зависит от особенности реагирования на стрессовую ситуацию (фрустрации), механизмов психологической защиты и компенсаторных возможностей.

3. Социальные условия, образ жизни, труда. Важной является система отношений личности с действительностью и другими людьми (в семье, на работе, лечебном учреждении). Имеют значение физические факторы, действующие на человека (обстановка, одежда, звуки, цвет и прочее).

Выделяют следующие типы личностного реагирования на болезнь: адекватную (гармоничную) реакцию; переоценку тяжести заболевания (уход в болезнь); недооценку тяжести заболевания, вплоть до отрицания его (анозогнозия).

Адекватная (гармоничная) реакция наблюдается, если больной правильно оценивает тяжесть своего состояния, мобилизуется на борьбу с болезнью. В этом ему помогают врач, психолог, социальный работник. Устанавливаются взаимопонимание, доверительные отношения с лечащим персоналом, выполняются все терапевтические предписания, принимается помощь близких. Больной не теряет надежды на улучшение состояния. При тяжелом прогнозе он разумно относится к неизбежному, обдумывает завещание, в случае возможного смертельного исхода, при инвалидности – адаптируется к новым условиям жизнедеятельности. Такого отношения к болезни с помощью

психотерапии, соблюдения правил деонтологии желательно достичь у всех пациентов.

Переоценка тяжести болезни. Обычно возникает у акцентуированных или психопатических личностей, а также при снижении интеллекта, наличии повышенной внушаемости и самовнушаемости. Степень переоценки колеблется в широких пределах: от легких пограничных сдвигов в психической деятельности до ипохондрического бреда, тяжелых депрессий, суицидальных попыток. «Уход в болезнь» часто возникает у личностей с истерическими чертами характера. «Уход в болезнь», как и другие варианты переоценки тяжести своего состояния, не является симуляцией или аггравацией, а представляет собой неосознанное преувеличение тяжести своего состояния. В таком случае болезнь – «условно желательное состояние», она дает какие-то преимущества больному. У таких пациентов есть уверенность, что они тяжело больны, даже если заболевание течет благоприятно и с хорошим прогнозом. Эти пациенты требуют к себе повышенного внимания и неоправданно активного лечения, они стеничны в достижении целей, часто конфликтны и обидчивы, так как лечащий персонал, с их точки зрения, правильно не оценивает тяжести их страдания. Может наблюдаться регрессивно-инфантильный тип поведения: плачут, не встают с постели, требуют в постель судно для отправления своих физиологических нужд, в речи и поведении появляются детские интонации, беспомощность. У больных может психогенно (состояние фрустрации) нарушиться сон, аппетит, повыситься артериальное давление, участиться пульс и др.

Недооценка тяжести заболевания (гипогнозия и аногнозия – отрицание) ведут к снижению интереса к обследованию и лечению, игнорированию терапевтических рекомендаций. Несмотря на серьезность заболевания, больные остаются спокойными, благодушными (например, при инфаркте миокарда, туберкулезе).

Существует психогенный вариант гипо- и аногнозии, обусловленный механизмами психологической защиты в трудной для человека ситуации (например, при подозрении на онкологическое заболевание). Некоторые больные в такой обстановке вытесняют неприятные, трудные для личности обстоятельства, стараются «уйти от болезни». При менее тяжелых заболеваниях встречаются пациенты, настолько захваченные интересами своей работы, своим долгом в отношении общества, семьи, что во имя этого игнорируют болезнь и необходимое лечение. При таких состояниях важна апелляция к личности человека, психотерапевтическое воздействие. Необходимо помочь больному осознать случившееся, найти правильную линию поведения.

Выше уже указывалось на важное значение акцентуации характера в возникновении и течении заболевания. Все многообразие акцентуаций (до 18 по К. Леонгарду) А.В. Квасенко и Ю.Г. Зубарев (1980)

предлагают сгруппировать в 4 типа: возбудимый, тормозимый, неустойчивый и ригидный.

У акцентуированных личностей возбудимого (экспрессивного) типа преобладает сенсологический этап реагирования на болезнь. У них на первый план выступает значимость витального (биологического) фактора, отсюда переоценка болезни и активная направленность личности на преодоление заболевания и его последствий. У акцентуированных личностей тормозимого типа (импрессивных) оценочный этап преобладает над сенсологическим. Задействованы этический и эстетический компоненты переживаний больного. Переоценка болезни, ее значимости обычно не выходит за рамки адекватной, однако отмечается ослабление приспособления к новым условиям труда и быта в результате заболевания. При неустойчивом (импульсивном) типе больше выражен сенсологический этап при слабости оценочного, отсюда нередко колебания в оценке своей болезни. Больные этого типа обычно переоценивают болезнь и недооценивают ее последствия.

Для ригидного (торпидного) типа акцентуированной личности характерно преобладание оценочного этапа над сенсологическим. Наибольшую значимость для такого типа больных приобретает перспектива снижения или полной утраты общественно-трудовой деятельности, задействован социально-психологический уровень личности. В начале болезни часто недооценка (отрицание) болезни, а при неблагоприятном течении заболевания она может смениться ее переоценкой в связи с опасениями инвалидизации.

Еще более ярко эти реакции выражены у психопатических (дисгармоничных) личностей. У них утрачивается соответствие реакций силе, продолжительности и значимости раздражителей. Болезнь, вызывающая астенизацию, может вызвать декомпенсацию психопатии с появлением патологических типов реагирования. Для социального работника (психолога) важно понимание вышеприведенных нормальных типов реагирования акцентуированных личностей, так как в отличие от патологических типов реагирования психопатов он способен самостоятельно провести с ними психокоррекционную работу.

К патологическим типам реагирования А.В. Квасенко и Ю.Г. Зубарев относят: депрессивный, фобический, истерический и ипохондрический.

Депрессивный вариант характеризуется удрученностью болезнью, неверием в выздоровление, возможное улучшение, эффект лечения, даже при благоприятных объективных данных. В высказываниях больных звучит страх смерти при инфаркте (витальный компонент), переоценка этического компонента (при туберкулезе, венерических заболеваниях), опасения инвалидизации при травмах (профессионально-трудовой компонент). Могут быть суицидальные высказывания и попытки.

При фобическом варианте (у тревожно-мнительных личностей) отмечают навязчивые опасения смерти в виде панических атак, кардиофобий (витальный компонент), воображаемых последствий болезней, искажающих внешность (кожные, послеоперационные рубцы и др.), где наличествует эстетический компонент. Критика к навязчивостям неполная, характерны многообразные «защитные» ритуалы, «предупреждающие» возникновение тяжелых последствий болезни.

Истерический вариант представлен эгоцентрической фиксацией на собственном страдании с требованиями повышенного внимания лечащего персонала и родственников к «исключительно тяжелым, необычным» проявлениям их болезни. «Бегство в болезнь» нередко используется такими пациентами для шантажа окружающих.

Ипохондрический вариант представляет гиперболически пессимистическую оценку болезни с несоответствием между тяжестью болезни и ее истолкованием. Больной сосредоточен на субъективных болезненных ощущениях, преувеличивает их значение, выискивает несуществующие опасные болезни.

В картине болезни, лечебном и реабилитационном процессе всегда присутствуют, часто неосознаваемые, механизмы психологической компенсации и защиты. О некоторых из них (вытеснение, компенсация, «уход в болезнь») говорилось ранее. Эти механизмы направлены на преодоление причин стресса или устранение напряжения ему сопутствующего. Психологическая защита – это своеобразный механизм адаптивной перестройки восприятия и оценки – как правило, малоосознаваемого столкновения особо значимых противоречивых отношений личности с непереносимой ситуацией. Положительная роль психологической защиты заключается в стабилизации личности в трудных для нее условиях, отрицательная – в закреплении неадекватных форм поведения, не избавляющих личность от решения имеющихся трудностей. Например, с помощью «замещения» пациент при каком-либо дефекте вследствие болезни выдвигает для себя взамен недостижимой цели реальную цель, достижение которой повышает его самооценку. Этот вид психологической защиты может быть полезен для инвалидов в период решения реабилитационных задач. Неконструктивными механизмами психологической защиты являются «бегство в болезнь» и фантазирование, при которых личность уходит от реального решения трудностей. В процессе лечения и реабилитации больной может неосознанно использовать явления «переноса», т.е. видеть во враче, психологе, социальном работнике эмоционально значимого для него авторитетного человека (отца, любимого), что повышает эффективность лечебно-реабилитационного процесса. Знание этих механизмов позволяет врачу (психологу) поддерживать положительные элементы психологической защиты, разрушать отрицательные,

помогает больному в поисках путей к преобразованию самого себя, чтобы справиться с болезнью.

Как мы уже указывали, отношение к ситуации болезни зависит от личностных особенностей заболевшего, самой болезни, социального положения пациента (одинок, имеет любящую или конфликтную семью, занимает престижную должность и др.)

Личностные особенности отражены в предыдущей лекции. Значение влияния самой болезни зависит от ее параметров, затрагивающих значимые для пациента сферы деятельности. В.Д. Менделевичем (1999) выделены следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней: 1) вероятность летального исхода; 2) вероятность инвалидизации и хронификации; 3) болевая характеристика болезни; 4) необходимость радикального или палиативного лечения; 5) влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения; 6) социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшему в микросоциуме; 7) влияние болезни на семейную и сексуальную сферу; 8) влияние болезни на сферу развлечения и интересов.

Большое значение имеет также переживание болезни на различных этапах заболевания. В премедицинской стадии болезни у больного появляются первые, едва заметные признаки дискомфорта в состоянии. Возникают вопросы: «Что со мной?», «Может, я болен?» «Пойти ли мне к врачу?». С этими вопросами связываются неопределенные, хаотические воспоминания, фантазии, переживания. Если больной делится своими опасениями с кем-то из родственников или знакомых, то часто получает взаимоисключающие советы.

В начальной стадии болезни, когда ее симптомы становятся явственнее, появляются негативные эмоции в виде тревоги, страха, растерянности. Преобладает сенсологический этап переживания болезни с фиксацией на различных болезненных ощущениях. Больные напряженно ждут результатов обследования, анализов. Снижается их социальная активность, резко ограничиваются привычные контакты из-за госпитализации, происходит изоляция от семьи, работы, появляются неуверенность в прогнозе заболевания для семейного и служебного функционирования (профессионально-трудовой компонент), для жизни (витальный компонент), для изменения взглядов окружающих (этический и эстетический компоненты). Наряду с этим, встречается беспечность и недооценка угрозы последствий заболевания. Имеет значение острота и тяжесть болезни.

В стадии разгара болезни, несмотря на интенсивность болевых ощущений, больные принимают факт болезни и начинают к ней приспосабливаться, адаптируются к больничной среде. На смену тревоге и растерянности приходит успокоение. Больные поддерживают в себе надежду на выздоровление, в той или иной мере сотрудничают с лечащим

персоналом. Отношение к терапии может быть разным: одни больные охотно выполняют лечебные рекомендации, другие – их игнорируют, третьи – индифферентно к ним относятся. Если ожидания больных относительно течения заболевания и эффектов лечения оправдываются, то такие больные не представляют проблем для врачей и психологов. При неблагоприятном развитии событий, повторных обострениях болезни, ее хронификации, у больных возникает чувство обманутых надежд, снова усиливаются тревога, страх за исход заболевания, возможны неадекватные реакции относительно лечащего персонала, конфликты с ним. В таких случаях необходимо понимание персоналом психологической подоплеки подобных реакций больных, исключение самых ничтожных поводов для подкрепления их нежелательного поведения, работа по успокоению и вселению веры в выздоровление. У части больных возможно явление госпитализма – больной привыкает к жизни в условиях больницы, не стремится покинуть ее, концентрируется на болях, пессимистично оценивает перспективы выздоровления, не борется с болезнью, иногда демонстрирует регрессивно-инфантильное поведение с рентными установками. Может происходить патологическое развитие личности. Выделяют следующие типы патологического развития:

- 1) преобладание безнадежности, пассивности или раздражительности;
- 2) чрезмерная фиксация на болезненных ощущениях, состоянии здоровья, поиске новых медикаментов и средств лечения;
- 3) эгоцентризм, гиперстеничность, направленные на извлечение выгод и преимуществ из своего болезненного состояния.

К счастью, наиболее частый исход болезни – выздоровление (компенсация патологических расстройств и нарушенных функций). Выздоровление может быть полным и неполным – с остаточными явлениями болезни, которые не обеспечивают оптимального приспособления к окружающей среде.

Выздоровление имеет биологическую и социально-психологическую стороны, которые не всегда совпадают. Часто физически уже здоровый человек чувствует себя еще больным. Выздоровление после тяжелого заболевания всегда сопровождаются переживанием обновления своих возможностей, даже с эйфорией. Иногда наблюдается застывание и фиксация болезненных ощущений с навязчивыми воспоминаниями о них. Затяжные формы болезней способствуют ипохондричности и тревожной мнительности. При увече и инвалидизации первичная адаптация может быть неустойчивой, физический недостаток может переживаться и вести к психогенному развитию личности с уходом в болезнь, с новыми эталонами поведения, перестройкой системы жизненных оценок. Подобное негативное развитие событий необходимо предупредить, включая компенсаторные

механизмы психологической реабилитации. Таким образом, психологическая оценка больными своего выздоровления может выражаться следующими вариантами:

- полной осознанностью и адекватным пониманием;
- частичной осознанностью и недостаточным пониманием (оценкой переживаемого заболевания);
- отсутствием осознанности;
- извращенной оценкой (у больных с патологическим развитием личности).

Как видно из вышеизложенного, психологическая составляющая болезни играет важную роль в выздоровлении. По ходу лекций мы пытались показать отдельные элементы психологической коррекции отношений больных к болезни и лечению. Сейчас мы подчеркнем основные направления психокоррекционной работы.

Итак, нормализация понимания болезни, правильная оценка и отношение к ней достигаются через апелляцию к личности больного, а также влиянием на окружающего больного среду.

Апелляция к личности осуществляется путем психологического воздействия на сенсологический и оценочный этапы: ослабление дискомфортных явлений и болей, дезактуализацию значимости витальной угрозы, этического, эстетического, интимного и профессионально-трудового компонентов в переживании болезни. Большое значение приобретает нормализация эмоциональных реакций на проявление заболевания, снятие эмоциональной напряженности, состояний тревоги и мнительности – это повышает психологическую устойчивость больного. Этой же цели достигают созданием в лечебном учреждении благоприятного психологического климата, разумного влияния на большое авторитетных родственников, друзей, врача, психолога, социального работника. Все это относится к области психотерапии.

Психотерапевтическими методами устраняют болезненные симптомы, изменяется отношение к своему заболеванию, к себе и окружающей среде. Наиболее адекватна так называемая рациональная психотерапия разъясняющего, успокаивающего, активирующего характера, косвенное внушение с учетом индивидуальных особенностей личности, характера и тяжести заболевания. Основные цели психотерапии: разъяснение роли самого больного в успешности лечения и реабилитации, коррекция масштаба переживаний, активирование в лечении, подавление отрицательных реакций (эгоцентризма, ухода в болезнь, безразличие и др.); создание системы взаимного ободрения. Следует также использовать метод лечебной перспективы – это принцип целей и путей к здоровью (С.С. Либих, 1969). Главная задача – перестройка отношений личности больного путем сознательного и целенаправленного перевоспитания.

Снятие остроты психологической реакции на болезнь в ее начальном периоде путем разъяснения больному ее природы, методов обследования, лечения, перспектив выздоровления ведет к усвоению, избавлению его от тревоги и заблуждений, способствует установлению доверительных отношений с врачом (психологом), делает участником лечебного процесса. Необходимо привести ожидания больного в соответствие с реальностями терапевтической ситуации. Знание системы ценностей больного, т.е. того, что он утратил в результате болезни, что и чем можно заменить, на какие ценности переориентироваться, каковы его перспективы, – все это помогает реализации новой линии поведения, освобождающей пациента от подчиненности болезненным переживаниям.

Психология больных и инвалидов с дефектами тела и органов чувств

Люди с дефектами внешнего облика и органов чувств представляют особую часть человеческой популяции. Их психология имеет свои особенности, о которых следует знать социальному работнику (психологу) для успешной работы с ними.

В силу особой значимости для любого человека заметных изменений внешности можно говорить о типичности и специфичности психологических отклонений при косметических дефектах, дефектах зрения, слуха и речи. Имеет значение и возраст: в юности, с ее культом внешней красоты, дефекты мнимые (дисморфофобия) и реальные переживаются острее. Половая принадлежность тоже имеет значение (гинекологические операции). Психологические особенности лиц с разнообразными дефектами схожи между собой и отличны от реакций на иные заболевания. Это обусловлено многими причинами, среди которых выделяются значимость социального статуса для человека с каким-либо дефектом и отношение к нему в обществе, а также изменения личности в связи с нарушением познавательных процессов при дефектах органов чувств.

Р. Баркер с соавторами (1946) исследовали группу женщин с физическими недостатками и предложили одну из классификаций отношения больных к заболеванию, выделив пять типов подобного отношения.

1. *Избегание дискомфорта*, сопровождаемое часто уходом в себя, аутизацией, которые характерны для пациентов с нешироким кругом интересов, невысоким интеллектом, а также возникают при длительном течении заболевания и у лиц пожилого возраста.

2. *Замещение*, при котором больной самостоятельно находит новые средства достижения жизненных целей, заменяющие утраченные в условиях болезни возможности. Этот тип отношений авторы связывают с наличием высокого уровня интеллекта.

3. *Игнорирующее поведение*, для которого характерно стремление больного подавить, вытеснить признание дефекта, ограниченность возможностей в связи с болезнью. Этот тип поведения, по мнению авторов, чаще возникает у лиц со средним интеллектом, но высоким образовательным уровнем.

4. *Компенсаторное поведение*, при этом выделяются четыре его разновидности:

а) циклическое приспособление, для которого характерны периоды «подъема и спада»;

б) фаталистическое отношение, главным образом, к будущему;

в) параноидное приспособление с тенденцией агрессивного переноса неадекватных переживаний на окружающих;

г) выраженные агрессивные реакции.

5. *Невротические реакции*. Наиболее оптимальной формой приспособления авторы считают игнорирование дефекта. Важно не только отношение человека с дефектом к себе, но и отношение к такому человеку в обществе. Чем терпимее общество, чем меньше собственные реакции инвалида на свой дефект, тем лучше социальная адаптация, и наоборот, чем больше окружающими подчеркивается «инакость» инвалида, тем сильнее его фиксация на дефекте, с переоценкой значения дефекта и социальной дезадаптацией.

Имеет значение и «ценность» для человека пораженного органа, особенно в связи с профессиональной деятельностью (рука рабочего, нога спортсмена, голос певца и лектора, слух музыканта и т.д.).

Эстетический критерий в отношении своего тела присущ всякому нормальному человеку, но особую значимость он приобретает, когда это касается лица. Человек, потерявший руку или ногу, может испытывать страдания от того, что на него смотрят окружающие, но это, как правило, не бывает связано с чувством отвращения к себе, как это наблюдается у людей с обезображивающими повреждениями лица, в результате травм и ожогов. Такие люди реагируют на дефект, деформацию лица самоуничтожительно, так как лицо в представлении человека является частью личности, отражающей его эмоциональный мир и важнейшим органом коммуникации, который оценивают окружающие. У таких людей часто возникает подавленное настроение, они сенситивны, подозрительны («все смотрят»), изолируются от окружающих, не хотят встречаться со знакомыми, меняют место жительства. У части пострадавших происходит патологическое развитие личности.

В случаях *кожных изменений* лица и открытых частей тела к перечисленным психологическим проявлениям присоединяется чувство стыда, брезгливости и опасения, что окружающие станут избегать их в силу страха заразиться. Эти переживания усиливаются подчас бестактным интересом и любопытством окружающих, вынуждают таких

больных уединяться, не посещать общественных мест. Молодые люди особенно тяжело переживают свою «неблагообразную внешность», у них более часто возникают мысли о своей неполноценности. Кожные заболевания становятся преградой в реализации жизненно необходимой деятельности субъекта в учебе, труде, общении. Рождается целая система «сокрытия» болезни (специфичная одежда, прическа, избегание публичных выступлений и т.п.).

Фиксация на процессе лечения и болезненных переживаниях может способствовать формированию дисгармоничной личности. Психокоррекционная работа в отношении таких лиц строится на создании новых (вместо фиксации на дефекте) доминирующих мотивов поведения (достижения в труде, учебе), психотерапевтической помощи в игнорировании дефекта, устранении трудностей общения.

В практике социального работника (психолога) встречаются больные с *детским церебральным параличом*, которые достаточно трудны в обслуживании из-за двигательных нарушений и психологических отклонений, связанных с неправильным воспитанием и личностными реакциями на дефект. При потакании родителей формируется такие черты характера, как эгоцентризм, себялюбие, повышенная требовательность; при гиперопеке – беспомощность, неуверенность в себе; при повышенной требовательности и непомерных нагрузках – чувство собственной неполноценности, нерешительность. Возможны невротические реакции в виде депрессии, связанные с фрустрированными из-за дефекта потребностями избрать интересующую профессию, учиться в общей школе, иметь любовные отношения. Опыт работы с этими детьми показывает, что лечебно-восстановительная работа оказывается наиболее эффективной, если начинается в раннем возрасте.

Еще одним дефектом, возникающим в детском возрасте, является *заикание*. Оно может приводить к значительным психологическим последствиям, способным изменить характер и направленность формирования личности. Как отметил В.М. Шкловский (1974, 1975), у части больных с особенно выраженными формами заикания дезорганизуется вся система личностных отношений. Наиболее частым клиническим признаком становится страх речи (логофобия). Он нарушает коммуникативную сторону жизни человека, приводит к замкнутости, нежеланию общаться с окружающими. Человек старается переключить свои интересы на деятельность, исключаящую частое и длительное общение.

Имеются «невидимые» дефекты: *сексуальный, интеллектуальный* и др., зависящие от резкого снижения человеком самооценки. Самооценка часто снижается в результате сексологических расстройств (аноргазмии, фригидности, импотенции). Как правило, у таких пациентов отмечаются два вида реакций. У одних снижается настроение, появляются идеи никчемности, ущербности, самообвинения

и доминирует интрапунитивный тип реакций. Другие становятся раздражительными, вспыльчивыми, ворчливыми, предъявляют претензии к сексуальному партнеру – экстрапунитивный тип реагирования. Психологический (интеллектуальный) дефект характеризуется возникновением «комплекса неполноценности» в связи с психологическими проблемами, которые не может разрешить невротическая или психопатическая личность. В силу необходимости лечения у психиатров и психотерапевтов они становятся замкнутыми, испытывают стеснительность и робость в общении, стараются скрывать имеющиеся проблемы и факты посещения специалистов. При интеллектуальном дефекте реакции пациентов отмечаются гораздо реже по сравнению с реакциями близких родственников, которые считают, что дефект одного из членов семьи становится дефектом всей семьи. Вследствие этого родственники пытаются ограничить круг общения, живут в добровольной изоляции. (В.Д. Менделевич, 1999).

Наиболее распространенными типами дефекта являются *слепота* и *глухота*. Причем необходимо различать врожденный дефект и приобретенный дефект в результате травм и заболеваний. Парадоксально, но люди с врожденной патологией лучше адаптированы для жизни в обществе. Приобретенный дефект становится тяжелой психической травмой, лишаящей человека привычного способа познания реальности. Слепота не влияет на интеллектуальное развитие человека. Глухота, связанная с речью, может способствовать снижению мыслительных процессов. Дефект зрения или слуха компенсируется более полным дифференцированным участием в оценке окружающего других органов чувств (осознания, обоняния, вибрационной чувствительности, статико-кинестетических ощущений.) Известны паразитные способности слепых не наткнуться на препятствия, а глухих – «считывать с губ».

В то же время требуется постоянная работа по совершенствованию умственного развития дефективных детей – частые разговоры, вопросы, обмен мнениями, чтение им книг, овладение азбукой Брайля (для слепых), развитие наглядно-действенного и наглядно-образного мышления (путем показа и игр), овладение речью через зрительное восприятие букв, закрепляемое дактилированием (словесная речь при помощи пальцев) и мимико-жестовой речью (для глухих). При врожденной слепоте и глухоте дети воспитываются в семье и до столкновения со зрячими и слышащими не испытывают чувства ущербности.

Приход в детский коллектив, отношение к ним как «не таким» вызывает невротические реакции в виде робости, нерешительности, плаксивости, беспомощности или наоборот – раздражительности, обидчивости, капризности, упрямства. Дефектные дети лучше чувствуют себя среди себе подобных, стараются изолироваться от здоровых, слепые склонны к компенсаторному фантазированию, глухие – к подозрительности. Они

уже осознают свои дефекты. Могут происходить изменения личности с соответствующим поведением. V. Sommer (1944) выделила следующие варианты:

- «Крестоносцы или борцы за дело увечных» (у них отмечались агрессивные установки, реакции по типу «гиперкомпенсации» и асоциальные поступки);
- «борцы за полное равенство возможностей между слепыми и зрячими» (реакции отрицания недостатков, агрессивность, маскирующая глубокое чувство неполноценности);
- «мудрствующие фантазеры» (склонность к рассуждательству, подозрительность, стремление к самоанализу и фантазирование по типу «снов наяву»);
- дети, примирившиеся с физическим недостатком (склонность к интроверсии, усиленной фрустрации и сензитивности в виде рудиментарных идей отношения, а также тенденция к фантазированию);
- дети с неадекватным поведением (смешанная форма реакций).

Правильное воспитание детей, имеющих дефект, ведет к формированию личности с такими нравственными качествами, как принципиальность, справедливость, законопослушание, требовательность к себе. Встречаются и варианты патохарактерологического формирования личности, нарушающие адаптацию слепых и глухих. В.Ф. Матвеев (1987) выделяет следующие типы: астенический, обсессивно-фобический (тревожно-мнительный), истерический, ипохондрический, аутистический (шизоидный), эксплозивный (возбудимый).

При приобретенной слепоте и глухоте психическое состояние больных претерпевает динамику от аффективно-шоковых реакций (депрессия) в начальном периоде до приспособления к дефекту с надеждой на улучшение в связи с операцией и в последующем (при низкой эффективности лечения) патологическим развитием личности.

К счастью, слепые и глухие имеют свои хорошо структурированные общества, со своими учебно-производственными предприятиями, жилыми комплексами, спортивными и культурными учреждениями, что позволяет людям с дефектами органов чувств адаптироваться к жизни. Вместе с тем, с учетом вышеизложенного, необходимо участие в реабилитационной работе с больными и инвалидами по зрению и слуху, обладающего специальными знаниями, специалиста по социальной работе, с хорошей психологической подготовкой, в т.ч. и в области медицинской психологии.

ГЛАВА 6. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ

Рассмотрение вопросов, связанных с психологическими аспектами реабилитации инвалидов, по нашему мнению, следует начать с характеристики экспертных подходов в определении инвалидности. Связано это с тем, что любой реабилитационный процесс начинается с экспертного или экспертно-реабилитационного этапа [12].

Специалисту по социальной работе, задействованному в системе организации и реализации социально-реабилитационной помощи, лицам с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья, следует иметь четкое представление об основных положениях и принципах социальной, медико-социальной, трудовой экспертизы, т.к. многие из обслуживаемых ими клиентов, имеющих хронические заболевания или дефекты здоровья, являются инвалидами, а другие имеют высокий риск инвалидности сноска 4 в списке литературы.

Экспертиза (французское слово «экспертиза» произошло от латинского слова «*experiteus*» – опытный) подразумевает исследование и разрешение вопросов лицами, которые владеют знаниями в данной области. Кроме врача, специалист по социальной работе, психолог и т.д. тоже может быть экспертом по своей области. В настоящее время выделяют следующие виды экспертиз: медико- социальную, судебную и военную. Перед медико-социальной экспертизой может возникнуть вопрос о трудоспособности больного. При сложившейся системе в нашей стране эксперты обычно работают в составе МРЭК (медико-реабилитационных экспертных комиссий), которые и решают вопрос определения у больного той или иной группы инвалидности на основании экспертного заключения различных профильных специалистов.

Экспертную врачебную и психологическую, социальную практику характеризует, прежде всего, личностный подход. Содержанием экспертного заключения является не сама по себе оценка степени снижения тех или иных психических функций, а качественный структурный анализ изменений психической деятельности конкретного испытуемого, занимающегося определенным видом труда и выполняющего различные социальные функции в семье и обществе. Даже при расстройстве тех или иных психических функций большее значение имеет сохранность личностно-мотивационной сферы испытуемого, отличающаяся возможностью известной компенсации жизненных функций. Расширение участия в экспертизе специалиста по социальной работе, психолога, медицинского психолога связано с увеличением значимости экспертизы как одного из основных звеньев и этапов реабилитации. В современных лечебно-реабилитационных программах с их апелляцией к личности больного определение профессиональных

возможностей и рациональное обучение (переобучение), а также трудоустройство больных и инвалидов приобретают существенную роль в судьбе пострадавшего человека.

Ситуация медико-социальной экспертизы в психологическом плане значительно отличается от обычной лечебно-диагностической ситуации «врач-больной». Обращается внимание на следующие особенности:

- 1) установку индивида, проходящего экспертизу;
- 2) установку самого эксперта;
- 3) особенности контакта в процессе экспертизы при вынесении экспертного заключения и даже трудовых рекомендаций.

Поскольку экспертиза трудоспособности, помимо медицинской, всегда имеет и социальную направленность, то отношение к ней и установки не только освидетельствуемого, но и эксперта имеют также выраженный социальный характер. У врача, специалиста по социальной работе, психолога при проведении экспертизы может возникнуть внутренний конфликт между желанием пощадить больного и необходимостью сказать полную правду о его здоровье. Если специалист уверен, что его заключение станет известно больному, то оно должно быть написано в деликатных тонах и выражениях.

При любой экспертизе могут возникнуть психологически сложные ситуации как для эксперта, так и для испытуемого. Каждый эксперт не лишен человеческих чувств: сочувствия, жалости, сострадания и др. Эти эмоциональные реакции могут влиять на экспертное решение. Испытуемый своим поведением, высказываниями, личными качествами, манерой поведения может вызвать у экспертов расположение или нерасположение. Эксперту надо стараться быть максимально объективным.

Испытуемый, в зависимости от характера экспертизы, может излагать события определенным, выгодным для него, образом, утяжелять или ослаблять болезненные симптомы. В случаях, когда больной скрывает свое состояние, говорят о диссимуляции. Например, молодой человек с тяжелым соматическим заболеванием в силу различных причин (престижа, в частности), всеми силами стремится избежать инвалидности. В таких случаях необходимо проводить большую разъяснительную работу, знакомить с перспективами лечения и возможными исходами заболевания.

Аггравация – сознательное утяжеление имеющихся болезненных симптомов. Тоже достаточно частое в условиях трудовой экспертизы явление. Путем сознательного усиления признаков болезни больной выявляет рентные установки (получение инвалидности, льгот). Для преодоления такой позиции тоже требуется большая разъяснительная работа.

Симуляция – предъявление симптомов несуществующего заболевания. В такой ситуации задачей эксперта является ее распознавание на основании своих профессиональных знаний. Как видим, существуют

различные виды поведения, так или иначе связанные с трудовой мотивацией.

При проведении экспертизы необходимо учитывать и психологию родственников испытуемых. Они могут преследовать свои интересы, превратно преподнося сведения о состоянии и поведении подэкспертного, утяжеляют или, наоборот, скрывают признаки заболевания. Часто через родственников можно влиять на установки испытуемого, его дальнейшее поведение и трудоустройство.

Для большинства больных переход на инвалидность связан с тяжелыми психологическими переживаниями. За переходом на инвалидность следует выключение из привычной производственной обстановки, из общественной жизни, снижение своей социальной значимости, изменение материального положения.

Специалист по социальной работе, психолог должен разъяснить больному его права и возможности изменить группу инвалидности при улучшении состояния, если же перспективы течения болезни нерадостные, психологически готовить больного к направлению на МРЭК, пытаться способствовать созданию у пациента новых жизненных целей с учетом его возможностей, склонностей и состояния здоровья. Иногда, несмотря на все уговоры, больные отказываются от группы инвалидности, используя в качестве поддержки своих не всегда понимающих ситуацию родственников. Здесь специалисту по социальной работе, психологу предстоит большая работа по разъяснению им опасных последствий такого решения.

Специалист-эксперт должен проводить экспертизу так, чтобы, с одной стороны, соблюдались права больного, но с другой стороны, чтобы удовлетворение интересов больного не осуществлялось за счет общества.

Болезнь не всегда проходит бесследно. Нередко остаются остаточные явления в виде болей, астении, опасений возврата заболевания. Могут быть социальные последствия: снижение физической активности, перемена профессии и др. Для того, чтобы восстановить доболезненное состояние здоровья, и существует система реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление физического (биологического), психического и социального статуса перенесшего болезнь человека, на выработку у него качеств, помогающих оптимальной адаптации к окружающей среде.

Вся реабилитационная работа строится на основополагающих принципах. Приведем во многом пересекающиеся и дополняющие друг друга перечни принципов, предположенных как зарубежными (Wright, 1981), так и отечественными (Кабанов М.М., 1976) исследователями. К принципам, предложенным американскими авторами, относятся:

- 1) совершенствование компетентности перенесших болезнь;
- 2) оптимизация проведения пострадавших в необходимом для них окружении;

-
- 3) эклектичность в использовании различных методов;
 - 4) повышение трудоспособности лиц с инвалидизирующими расстройствами;
 - 5) существенной составной частью процесса реабилитации является надежда на лучшее;
 - 6) продуманное повышение зависимости пациента может привести, в конечном счете, к увеличению степени его независимого функционирования в другом окружении и в другое время;
 - 7) два основных типа реабилитационных вмешательств – это выработка умений и навыков пациента и организация поддержки со стороны окружения;
 - 8) продолжительное медикаментозное лечение часто является необходимым, но редко оказывается достаточным компонентом реабилитационного вмешательства.

К принципам реабилитации, разработанным в Ленинградском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева, относятся:

- принцип партнерства. Больной является равноправным и активным партнером в восстановлении нарушенных болезнью функций и социальных связей;
- принцип разносторонности (разноплановости) усилий. В различных сферах жизнедеятельности: профессиональной, семейной, общественной, учебе, досуге и т.д.;
- принцип единства психосоциальных и биологических методов лечения;
- принцип ступенчатости прилагаемых усилий. От простой терапии занятостью, выполнения отдельных операций до сложных навыков и интеграции в общество.

М.М. Кабанов выделяет также этапы реабилитации:

- восстановительной терапии – предупреждение развития нежелательных последствий с помощью терапии средой, стимуляции активности;
- реадaptации – приспособление к жизни во внебольничных условиях с учетом изъянов, нанесенных болезнью. Включает в себя: обучение новой специальности, терапию занятостью и развлечениями, воспитательную работу с больными и их родственниками, поддерживающую лекарственную терапию;
- реабилитации или ресоциализации – восстановление индивидуальной и общественной ценности больного через рациональные быто- и трудоустройство, расширение общественных контактов.

Как видно из вышеизложенного, психологический аспект реабилитации на всем ее протяжении предусматривает не только предупреждение или преодоление отрицательных реакций личности, возникающих в связи с болезнью и ее последствиями в различных сферах существования, но и увеличение способности личности успешно справляться с трудностями.

Реабилитационные программы направлены на восстановление личного и социального статуса с помощью раскрытия, обогащения и использования психологического потенциала личности пациента, лечебной среды и его микросоциального окружения. Реализация этих целей осуществляется с помощью различных психотерапевтических подходов.

Поэтапные задачи психологического воздействия при реабилитации сводятся к следующим:

- 1) нормализация понимания здоровья и болезни, адекватное к ней отношение;
- 2) достижение «истинного» желания лечиться;
- 3) психотерапевтическое объяснение методов лечения;
- 4) поддерживающее психотерапевтическое воздействие для полной стабилизации на всех этапах лечебно-восстановительного процесса;
- 5) подготовка больного к возможностям сосуществования с отдельными проявлениями своей болезни.

Необходимо обеспечить человеку с ограничениями жизнедеятельности сознание своей полноценности как члена общества вне зависимости от наличия тех или боязненных проявлений и даже дефекта, восстановить чувство собственного достоинства и полезности для других, устранить пониженную самооценку и повышенную зависимость.

Врачу (психологу), специалисту по социальной работе важно знать, каким образом личность в ситуации болезни, в реальных социальных условиях способна воспринимать свою позицию и каким образом она эффективно воздействует на социальную среду. Это входит в понятие социальной компетентности (H. Schroder, M. Vorweg, 1978).

Существенными для социальной компетентности свойствами личности служат: коммуникативность, способность к самоутверждению, к принятию решений и формированию правильного представления о себе самой. В ситуации болезни могут проявиться особенности межличностного общения больного, затрудняя или облегчая сотрудничество с ним медицинских и социальных работников в процессе реабилитации (контакт с экстравертами легче, чем с интровертами). Важным для сотрудничества с больным является учет в коммуникативных свойствах личности, тенденции к независимости или доминированию, к зависимости или стремлению быть опекаемым. В первом случае больные, инвалиды бывают недоверчивы, критичны и претенциозны к проводимым лечебным мероприятиям, занимают защитную позицию относительно предъявляемой им помощи, отрицательно реагируют на руководящее отношение со стороны специалиста. Некоторые из них убеждены, что болезнь освобождает их от всех прежних обязанностей, ставит в привилегированное положение. Реабилитационная работа с такими больными достаточно трудна, требует огромных усилий по вовлечению их в трудовые процессы и активное взаимодействие с социальной средой. Для больных со склонностью к зависимости и потребности в опеке может

быть характерна другая крайность – перекладывание на специалиста по социальной работе, врача, психолога решения всех своих проблем, упрочение роли больного. Этому надо противодействовать путем повышения самостоятельности пациента в принятии жизненных решений.

Другим, более глубоким уровнем решения психологических задач реабилитации является учет потребностей и мотивов больных. Болезнь или инвалидность и ее последствия активизируют (иногда снижают) такие потребности, как потребность в безопасности, признании, эмоциональных контактах, нужности другим людям, самоутверждении и самореализации. Знание этих потребностей позволяет специалисту по социальной работе, врачу или психологу решать конкретные психологические цели реабилитации, добиваясь повышения пониженной самооценки больного, углубление познания больным самого себя и окружающих его людей, уважения к себе и другим, интереса к работе и духовным ценностям, активности и ответственности, укрепления и развития в больном устойчивой веры в выздоровление.

Большое значение для психологической реабилитации больных и инвалидов имеет терапевтическая среда – рационально направляемая система отношений больных с окружением (по М.М. Кабанову, 1977). Поведение обслуживающего персонала, его взаимоотношения с человеком, имеющим ограничения жизнедеятельности, должны строиться на основе двух важных принципов:

- во-первых, не поддерживать неадекватных стереотипов поведения пациента (зависимости, необщительности или агрессивности);
- во-вторых, способствовать оптимальному самовыражению реабилитанта, адекватным формам его поведения, его активности и ответственности в процессе реабилитации.

Один из принципов реабилитации – принцип разносторонности усилий – требует объединенного участия в реабилитационной программе различных специалистов (врача, психолога, специалиста по социальной работе и др.), которые координируют свои действия по единому, согласованному плану реабилитации клиента. Каждый специалист обладает профессиональными знаниями в своей области и наилучшим образом может их применять. Без психолога невозможно правильно оценить психологические отклонения пациента, выяснить мотивы поведения, особенности взаимоотношений и др., без специалиста по социальной работе, будет затруднен поиск адекватной для больного работы, отстаивание его интересов, тренинг социальных навыков и др.

Микросоциальное окружение при правильном подходе к пациенту тоже может играть роль терапевтической среды, а при неправильном – мешать реабилитационному процессу. Из сказанного вытекает необходимость повышения уровня знаний членов семьи о болезни, ее последствиях, как вести себя с заболевшим родственником. Специалисту по социальной

работе, психологу следует по возможности руководить взаимоотношениями в семье больного, направлять их в русло, наиболее благоприятствующее выздоровлению, в частности, чтобы не было ни невнимания (безразличия), ни сверхопеки. Важна также подготовка больного или инвалида к правильному пониманию интересов других членов семьи, их чаяний, потребностей, требований к его положению. Человек, имеющий ограничения жизнедеятельности, должен чувствовать себя полноценным членом семьи, а это достигается поддержкой в нем родственниками чувства собственного достоинства, необходимости в нем, веры в выздоровление. Создание благоприятного климата в семье нередко является решающим в достижении устойчивого социального и трудового восстановления инвалида или человека с высоким риском развития инвалидности.

В процессе реабилитации важнейшей задачей является восстановление трудоспособности пациента. Необходима психологическая подготовка к возвращению в трудовую жизнь. При этом важно учесть социально-психологические характеристики человека с ограничениями жизнедеятельности, его ценностные ориентации, семейную ситуацию, обоснованность и сроки возвращения к труду, а при необходимости изменение профессии. Не все люди с хорошим функциональным восстановлением вследствие болезни стремятся вернуться к труду. У некоторых отмечается фиксация на вопросах здоровья, у других рентные установки на получение инвалидности. При возможности у человека с дефектами здоровья трудиться от специалиста по социальной работе, психолога требуется настойчивая работа по созданию установки на труд как деятельности, улучшающей физическое самочувствие, психологическую устойчивость и социальный престиж.

Нельзя обойти стороной сложную проблему эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий оценивается, во-первых, в трех плоскостях:

- 1) соматической;
- 2) психологической;
- 3) социальной.

Во-вторых, они должны позволять производить оценку не только с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента.

В-третьих, эти критерии должны быть достаточно независимы друг от друга.

Если в соматической сфере терапевтический результат налицо (например, снижение артериального давления, подвижность сустава и др.), в социальной – тоже ощутим (например, возвращение трудоспособности, профессиональный рост и др.), то в психологической определить эффективность реабилитационных мероприятий сложно. Различные исследователи вводят различные критерии, зависящие от теоретических установок авторов. Так, еще S. Freud (1923) считал, что главными

критериями выздоровления являлись «способность наслаждаться и работоспособность».

R. Knight (1941) выделял три основных психологических критерия:

1. Критерий симптоматического улучшения.
2. Критерий улучшения интеллектуального функционирования, включающий в себя:

- приобретение инсайта, касающихся детских источников конфликта, роли психотравмирующих факторов, способов защиты, вызвавших определенные изменения личности и специфический характер болезни;
- выработку контроля своих влечений, не сопровождающегося тревогой;
- развитие способности понимать себя таким, как есть, со слабостями и достоинствами;
- приобретение относительной свободы в напряженных ситуациях и ситуациях фрустрации;
- управление агрессивной энергией, необходимой для самосохранения, успеха, соревнования и защиты прав.

3. Критерий улучшения приспособления к окружающему, который включает:

- более константные и лояльные интерперсональные отношения с людьми;
- более свободное развитие своих продуктивных способностей;
- улучшение сублимации;
- нормальное гетеросексуальное функционирование.

По Н. Miles с соавторами (1951) в рубрику «выздоровление» относят больных, у которых исчезли симптомы, изменился стереотип поведения в сферах, в которых ранее отмечались затруднения, и выявляется меньше непродуктивных реакций при столкновении с трудными ситуациями.

Б.Д. Карсарским (1975) разработана система из четырех критериев для оценки эффективности лечения и глубины лечебно-реабилитационных воздействий:

- 1) субъективно переживаемое клиентом симптоматическое улучшение;
- 2) степень понимания пациентом психологических механизмов болезни;
- 3) степень реконструкции нарушенных отношений личности;
- 4) степень восстановления социального функционирования больного на работе, в семье, в обществе.

Внимательно присмотревшись к перечисленным критериям эффективности лечебно-реабилитационных воздействий, можно заметить, что устранение заболевания или адекватное приспособление к его последствиям, приобретение пациентом способности к компетентному поведению в семье, на работе, в обществе осуществляется в полной мере лишь при реализации стержневого принципа реабилитации – апелляции к личности человека.

ГЛАВА 7. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ГРУПП САМОПОМОЩИ

Термин «самопомощь» применяется с различной целью, начиная от «групп самопомощи» до «поведения, направленного на поиск помощи» и «самолечения». Cuijpers (1997) определяет самопомощь так:

«Пациенту предлагается стандартизированный метод лечения, используя который он может помочь себе самому без существенного вмешательства психотерапевта». При таком подходе процесс лечения должен быть описан достаточно детально, чтобы пациент мог действовать самостоятельно. Книжки, в которых содержится только информация о депрессии для пациентов и их семей, использовать не следует».

Другие источники дают определение группам самопомощи, как «более или менее формальным организациям непрофессионалов, преследующих общую цель ради достижения блага для каждого члена группы. Речь идет о группах, главная цель которых, – изменения в психологии или поведении участников. Эти группы исходят из двух принципов, а именно: люди, эффективно справляющиеся или справившиеся с личной проблемой, – лучшие помощники по сравнению с профессионалами, не имеющими в этом собственного опыта; такие люди, помогая друг другу, помогают и самим себе.

Джанет Майерс считает, что группы самопомощи – это объединения различных людей, руководимые в основном не профессиональными психотерапевтами, а кем-то из членов либо бывших членов группы.

Типы групп

Учеными создано несколько типологий групп самопомощи. Четыре типа, разработанные Леоном Леви, больше всего подходят для групп с терапевтической ориентацией.

Группы I типа занимаются преимущественно контролем или реорганизацией поведения. Примеры таких групп: анонимные алкоголики, анонимные азартные игроки и анонимные родители.

Членов групп II типа по классификации Леви объединяют общие стрессовые ситуации, в соответствии с которыми их можно разделить на подтипы. Эти группы могут фокусироваться на таких кризисных ситуациях, как изнасилование, убийство кем-либо ребенка и выживание после суицидной попытки. Данные группы занимаются переходными периодами жизни или переходом к нормальному состоянию. Такие группы стремятся скорее к совладению с кризисными ситуациями, чем к изменению статуса своих членов.

В работе групп III типа участвуют люди, испытывающие дискриминацию в связи с их полом, расовой или классовой принадлежностью и сексуальной ориентацией и т.д.

Группы IV типа не имеют к.-л. определенной общей проблемы, они стремятся к общей самоактуализации и повышению личной эффективности.

Терапевтические факторы групп самопомощи

Несмотря на большое разнообразие упомянутых выше организаций, можно выделить ряд общих для них терапевтических черт или процессов, которые способствуют достижению изменений у членов групп самопомощи.

Общий опыт. Определенный тип общего опыта или ситуаций является основой и обоснованием существования большинства групп самопомощи. Эта общность имеет несколько положительных черт. Людей в таких группах обычно сразу и полностью понимают, и потому они не чувствуют себя психологически одинокими. Кроме того, общность склоняет людей к снижению защит и побуждает к самораскрытию, чему сопутствуют эффект катарсиса и уменьшение стыда.

Помощь другим. Принцип «помощник терапии» в группах самопомощи гласит, что чем больше члены группы помогают другим, тем больше они помогают самим себе.

Постоянная система поддержки. Члены групп самопомощи часто получают от других участников поддержку, ободрение и похвалу. В действительности поддержка осуществляется круглосуточно, если есть возможность связаться с другими по телефону. Система поддержки становится чем-то вроде большой участливой семьи.

Информация. Большой терапевтический эффект приносит получение информации технического порядка, а также элементов народной мудрости.

Получение обратной связи. В обстановке открытости и искренности, типичной для групп самопомощи, поведение участников доступно точному наблюдению и комментариям других членов группы.

Обучение специальным методам. В таких группах самопомощи, как анонимные алкоголики, успешность решения проблем зависит от следования специальным методам или техническим приемам. Члены групп осваивают эти приемы и учатся постоянно применять их, что обеспечивает создание терапевтически ценной структуры.

Другие когнитивные процессы. Терапевтическое воздействие процесса самопомощи в значительной степени связано с такими принципами когнитивной терапии, как формирование положительного Я-образа, улучшение самопонимания, расширение воспринимаемых альтернатив, усиление различительной способности и переопределение норм.

Эффективность работы групп самопомощи

Изучение различных материалов для самопомощи позволило подтвердить их эффективность.

Gould и Clum (1993) проанализировали 40 исследований самопомощи, в которых использовалась контрольная группа (отсутствие лечения, ожидание в очереди или плацебо). В этих исследованиях изучались пациенты, страдающие различными психическими нарушениями, – от курения до аффективных расстройств и сексуальных дисфункций. Используются терапевтические методы – аудио- и видеокассеты, а также печатные материалы/руководства. Материалов, предназначенных для компьютера, не было.

Marrs (1995) проанализировал более 70 исследований, в которых эффективность библиотерапии оценивалась на фоне контрольной группы, а также сравнивалась с эффективностью других, назначенных психотерапевтами методов лечения. В 30 исследованиях непосредственно сравнивалось состояние одинаковым образом подобранных пациентов, лечившихся либо в группе самопомощи, либо у психотерапевта. Использовались печатные материалы, аудио- и видеоматериалы, а также компьютерные программы.

Cuijpers (1997) детально изучил шесть исследований, в которых пациенты случайным образом распределялись в группу, проходившую библиотерапию, или в группу очередников (контрольная группа). В данном метаанализе изучались компьютеризированные методы лечения в рамках библиотерапии.

Основной вывод проведенных метааналитических исследований состоит в том, что методы самопомощи могут быть эффективными. Общая регистрируемая величина лечебного эффекта оценивалась так: 0,96 – при самостоятельно проводимом лечении в сравнении с контрольной группой; 1,19 – для библиотерапии с минимальным участием психотерапевта в сравнении с контрольной группой (Scogin et al., 1990); 0,76 – сразу после окончания лечения и 0,53 – при катamnестическом обследовании (Gould & Clum, 1993); 0,56 – при сохранении величины эффекта при катamnестическом обследовании (Marrs, 1995); 0,82 (Cuijpers, 1997). Общая величина эффекта 0,1–0,32 отражает незначительное лечебное действие метода самопомощи; 0,33–0,55 соответствует умеренно выраженному эффекту и 0,56–1,2 – выраженному.

В целом лечение с использованием самопомощи наиболее эффективно при обучении отсутствующим навыкам (например, в процессе выработки уверенности в себе), а также при лечении тревоги, депрессии и сексуальных дисфункций.

В настоящее время отношения между группами самопомощи и профессионалами, работающими варьируют от тесного сотрудничества до антагонизма. Для некоторых групп независимость от авторитета, методов и финансирования профессионалов является делом принципа. Но даже ярые приверженцы групп самопомощи все больше признают важность того, как профессионалы создают, консультируют такие группы. По данным подавляющего большинства авторов, исследовавших

эффективность работы групп самопомощи, около трети групп были основаны, по меньшей мере, при содействии профессиональных помощников. Профессионалы и непрофессионалы тесно взаимодействуют между собой в деятельности многих групп, имеющих отношение к физическому здоровью. Например, такие организации, как анонимные алкоголики, часто получают существенную поддержку со стороны психиатров и клинических психологов.

Опыт создания групп самопомощи для людей с ограничениями жизнедеятельности, вследствие дефектов здоровья показал, что их эффективность, в значительной мере зависит от характера и степени профессионального сопровождения.

Наш опыт работы с группами самопомощи инвалидов подтверждает вышеприведенные данные и указывает на необходимость проведения модерации специалистами таких групп.

Основной проблемой, возникающей в реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья, на наш взгляд, является формирование личности – инвалида. Когда человек полностью дезинтегрирован в социальном плане, остается один на один со своими проблемами и не может найти путей собственной реинтеграции, ориентируясь на традиционные реабилитационные технологии, что в своей основе связано со следующими причинами:

1. Человек считает, что его заболевание и развившиеся в связи с ним нарушения и дефекты – уникальны, и аналогичных, точно повторяемых нарушений ни у кого не было.
2. Человек ставит нереальные задачи собственного восстановления. В процессе проведения реабилитационных мероприятий он ощущает, что реальный эффект отличается от намеченного им. Либо он оказывается не готов к принятию закономерного снижения темпов восстановления нарушенных функций. Данные обстоятельства часто являются определяющими в развитии целого каскада патологических, психологических реакций и нарушений, например, агрессивного и депрессивного состояний.
3. Социальная среда может принять этого человека, не взирая на его психофизические особенности, однако, он сам считает, что еще не совсем готов к этому и должен принять «предложение социума» позже, когда его психофизические параметры будут соответствовать определенному уровню. Четко и критично человек с ограничениями данный уровень не обозначает. В своем воображении он стремится к какому-то идеальному стандарту из собственного жизненного опыта, полученного до заболевания. В данном случае срок социального включения этого человека может отодвигаться до «никогда».

Приведенные причины требуют грамотной, профессиональной организации реабилитационной помощи данному человеку, в том числе

и посредством включения в группы самопомощи. В противном случае, если предоставить этим людям возможность решать свои проблемы самостоятельно либо, прибегая к помощи и советам людей, имеющих опыт жизни с подобными проблемами, через немодерируемые группы самопомощи, мы можем получить не только низкую эффективность результата их функционирования, но и обратный, негативный эффект.

Для примера приведем две, на наш взгляд, основных тенденции, которые наиболее часто встречаются в немодерируемых группах.

1. Происходит усугубление переживаний, связанных с тем, что каждый член группы имеет собственный характер и степень выраженности нарушений, восприятие и ощущение которых индивидуально в каждом отдельном случае (в зависимости от уровня притязаний, жилищных условий, типа отношения членов семьи, уровня воспитания, образования и т.д.). Т.е. какая-то часть нарушений или дефекта здоровья воспринимается в более значимой степени, а какая-то может даже полностью игнорироваться. Тесное групповое общение таких людей с единым стержневым проблемным фактором может приводить к расширению проблемного поля у каждого из членов группы. Другими словами, происходит явление индуцирования, и каждый член в группе начинает «находить в себе проблемы соседа и понимать, что над ними нужно тоже попереживать». В свою очередь, это расширяет характер значимых ограничений жизнедеятельности.
2. Стимуляция рентных установок. Группа самопомощи становится прекрасным местом тренинга, как с наименьшими затратами получить больше льгот. Люди в подробностях делятся элементами «технологий повышения степени инвалидности», позволившими им получить большие льготы от государства. В данном случае даже те, у кого до прихода в группу была мотивация на профессиональную реабилитацию, принимают точку зрения «бывалых консультантов», базирующуюся на мнении, что прожить на пенсию и льготы можно не хуже, чем на зарплату, а сил затратить в значительной мере меньше.

Данный перечень негативных тенденций можно продолжать и конкретизировать дальше, однако, по нашему мнению, этих двух приведенных выше возможных ситуаций достаточно, чтобы при создании групп самопомощи, как элемента реабилитационной технологии, отдать приоритет группам, модерируемым профессионалом.

В настоящем пособии мы достаточно подробно привели принципы создания, организации деятельности и оценки эффективности групп самопомощи, как психотерапевтических групп. Это не означает, что модератором групп самопомощи инвалидов должен быть обязательно врач-психотерапевт. Данную роль может выполнять, например, и специалист по социальной работе, получивший достаточную подготовку

в областях медицинских знаний, психологии, в т.ч. медицинской, индивидуальной и групповой психотерапии, психиатрии и т.д. В настоящее время необходимым задачам, поставленным в настоящем пособии, знания, умения и навыки заложены в программы подготовки специалистов по социальной работе в направлении «социо – медико-психологическая помощь населению».

Таким образом, в следующем подразделе мы рассмотрим групповую работу с позиций психотерапии, т.к. специалист по социальной работе в своей деятельности должен руководствоваться общепринятыми методами и подходами при осуществлении координации и модерации групп самопомощи различных категорий инвалидов.

История развития групповой психотерапевтической работы

Новый друг обогащает наш дух не столько тем, что он отдает нам себя, сколько тем, что помогает нам открыть в себе то, что осталось бы сокрытым в нас и неразвитым, не узнай мы его...

Мигель де Уиамуно

Уже на самых ранних этапах развития человеческого общества люди собирались в группы, чтобы обеспечивать свое выживание и развитие. В первобытных племенах совместными ритуальными действиями и плясками отмечались важные события и сопровождалась культовые обряды; многие древнегреческие мыслители, в том числе великий Сократ, прибегали к групповой форме философствования, чтобы проверить свои идеи о природе Вселенной и человеческого рода; средневековые монахи объединялись в религиозные ордена, дабы очищать душу и постигать Божественную сущность. Эти ранние формы объединения уже содержали в себе зачатки наблюдающихся в современной психологии тенденций к работе с группами. Однако при всем том, что тяготение к различного рода группам было свойственно людям на протяжении всей истории человечества, связь древних подходов с современными методами сознательного использования групп, имеющими задачей целенаправленное воздействие на личность, лишь недавно стала предметом научно-психологического исследования [19].

Колоритным примером, подтверждающим существование косвенных связей между прошлым и настоящим, может служить скандально знаменитый маркиз де Сад (1740-1814). Когда де Сада заключили в Шарантон, лечебницу для умалишенных, он коротал там время писанием и постановкой пьес, которые разыгрывались его соседями по палате перед пестрой больничной публикой. По ходу даваемых в этом живом театре представлений публика и режиссер наблюдали порой тошнотворные сцены, во время которых самодеятельные актеры слой за слоем обнажали свой внутренний мир, чему, по всей видимости, способствовало богатое и извращенное воображение маркиза. Свидетельства о том,

что эксперименты де Сада в таком «живом театре» оказывали лечебное воздействие на заключенных, явились для современных авторов основанием для того, чтобы рассматривать их как один из ранних опытов групповой психотерапии (Corsini, 1973). Однако систематическое применение театральных приемов для исследования психики и влияния на нее началось только в начале XX века (Якоб Морено и его психодрама).

Еще одним историческим предвестием современной групповой психотерапии могут служить опыты Антона Месмера (1734-1815). Этот работавший в Париже австрийский врач приобрел международную известность благодаря своему умению излечивать от самых разных соматических и психических болезней. Месмер считал, что здоровье человека зависит от разлитых в атмосфере невидимых магнетических флюидов, которые исходят от звезд, и что любые нарушения равновесия этих флюидов вызывают заболевания. Месмер утверждал, что умеет исправлять такие нарушения прикосновением магнетического жезла, а позже – что может делать это с помощью целительной силы своих рук. Месмер собирал группу пациентов вокруг деревянного чана с водой, после чего он в развевающейся мантии и с волшебным жезлом в руках эффектно появлялся на сцене. В то время как пациенты держались за отходившие от чана специальные железные стержни и друг за друга, целитель касался каждого из них своим жезлом. Группа легко поддавалась воздействию эмоциональной атмосферы происходящего, пациенты начинали смеяться, плакать и даже галлюцинировать и биться в судорогах якобы под влиянием наводимых Месмером «чар» и «животного магнетизма», который, как считалось, источался омывающей железные стержни водой. В результате состояние некоторых больных улучшалось. Однако международная ученая комиссия во главе с Бенджамином Франклином была не столь уж легковерной. Комиссия заключила, что пациенты излечивались от психических заболеваний типа истерии силой внушения, а Месмера заклеявила как шарлатана. После таких обвинений Месмер сошел со сцены, а интерес к его гипотезе вскоре угас. В результате без внимания осталась та истина, что поведение людей в группах подчиняется определенным психологическим закономерностям и что группа сама по себе может рассматриваться как психотерапевтический фактор.

Поведение индивидов в группах и влияние группы как на практически здоровых, так и на больных людей стали предметом систематических исследований только в XIX-XX веках. Развитие и использование группового подхода во врачебной практике в значительной степени было предопределено спецификой исторической ситуации. В Соединенных Штатах первые попытки применения групповых методов лечения получили название «репрессивно-инспирационной» (буквально: «подавляюще-вдохновляющей») терапии, и эти методы доминировали в первой трети XX столетия (Appley and Winder, 1973).

Одним из первых репрессивно-инспирационную терапию стал практиковать Джозеф Пратт, врач из Бостона, занимавшийся лечением больных туберкулезом, которым бедность не позволяла лечиться в стационаре. В 1905 году он с целью экономии времени стал собирать пациентов в группы по 20 человек прямо по месту жительства и рассказывать им об основах гигиены, необходимости отдыха, свежего воздуха, здорового питания и т.п. Пратт был заботливым наставником и к тому же обладал недюжинным даром убеждения. В болезни своих малоимущих пациентов он видел фактор, способствующий их объединению. Пациенты вели дневники, свидетельствующие об улучшении их состояния и о формировании чувства общности и стремления к взаимопомощи. Поначалу Пратт рассматривал собрания групп просто как экономичную форму работы и не придавал особого значения их самостоятельному лечебному потенциалу. Более искушенным в групповой терапии он стал только через несколько лет, когда его «классный метод» работы фактически исчерпал себя. К началу 30-х годов Пратт пришел к убеждению, что основой психотерапии является благотворное воздействие одного человека на другого, и стал планировать сеансы групповой терапии для лиц, не имеющих особых соматических нарушений. На Пратта, по-видимому, оказали влияние работы французского врача Жозефа Жюля, который применял метод убеждения и переучивания для лечения невротических расстройств (Mullan and Rosenbaum, 1962). В течение достаточно долгого времени Пратт оставался пионером в области разработки групповых методов лечения.

Хотя работы Пратта и по сей день не утратили своей актуальности, наиболее сильное влияние на развитие психологии и психотерапии в Соединенных Штатах оказали теория и практика психоанализа, берущие свое начало в работах Зигмунда Фрейда. Феномен группы занимал Фрейда главным образом в связи с интересом последнего к психологии масс и склонности членов группы идентифицировать себя с сильной личностью, играющей роль лидера. К групповой терапии сам Фрейд симпатий не питал, но один из его последователей, Альфред Адлер, пробовал адаптировать методы индивидуальной терапии для работы с группами (Dreikers, 1959). В то время европейский психоанализ ориентировался на индивидуальную работу с пациентами и был в высшей степени элитарным, и Адлер преисполнился решимости лечить рабочий люд и с этой целью учредил несколько консультативных центров, где использовался групповой подход. Но все-таки на начальных этапах своего развития групповая психотерапия оставалась преимущественно американским явлением (Mullan and Rosenbaum, 1962).

Психоаналитические методы, направленные на лечение отдельного пациента в условиях группы, разрабатывались многими последователями Фрейда. К числу ранних попыток работать с группами в рамках психоаналитической традиции можно отнести деятельность Луиса Вендера (Louis Wender) в 1929 году и Пауля Шилдера (Paul Schilder) в 1934 году. Широко

известный в научных кругах приверженец психоанализа Трайджент Барроу (Trigant Burrow) предложил термин «групповой анализ» еще в 1925 году. После нескольких лет психотерапевтической практики Барроу стал сомневаться в правомерности принципиальной для психоанализа ориентации на отдельную личность. Постепенно он пришел к убеждению, что для понимания отдельной личности необходимо изучать социальные группы, к которым они принадлежат. Но как только Барроу приступил к работе с группами, он сразу же утратил авторитет в психоаналитическом сообществе. История Барроу является показательным примером того, как продуктивный и оригинальный подход может остаться не оцененным и невостребованным только потому, что опережает свое время.

Во время второй мировой войны стало остро не хватать профессионально подготовленных психотерапевтов, так как огромное количество ветеранов нуждалось в психологической помощи. Это послужило импульсом к экспериментированию и развитию практической психологии. Среди известных специалистов того времени, которые разрабатывали психоаналитически ориентированные методы работы с группами, можно назвать Сэмюэля Слэвсона и Александра Вольфа. Слэвсон объединил групповой подход, неформальные способы обучения и психоанализ в «группах активности», где детей поощряли к тому, чтобы разрешать конфликты и реализовывать свои импульсивные желания, разыгрывая их перед группой. Вольф применял в условиях группы такие традиционные психоаналитические методы, как толкование сновидений, свободные ассоциации и исследование ранних этапов развития личности. Однако психоаналитическая модель групповой работы в этой книге рассматриваться не будет, поскольку ее разбор требует специальной теоретической и практической подготовки в области ортодоксального психоанализа. Как будет видно из последующих глав, психокоррекционные группы имеют более широкий спектр применения и иные задачи, нежели традиционная фрейдистская групповая психотерапия.

Наконец, рассматривая наиболее важные фигуры начального этапа развития современной групповой психотерапии, нельзя ни подчеркнуть роль Якоба Морено. Морено более всего известен как создатель метода психодрамы, но разработанные им приемы, занимают центральное место в работе психокоррекционных групп всех направлений. Как автор Морено был очень плодовит, а его деятельность охватывает несколько этапов развития групповой терапии. Морено утверждал, что впервые использовал свой подход еще в 1910 году, и обычно именно ему приписывается введение термина «групповая психотерапия» в 1932 году (Corsini, 1955). Хотя в настоящее время этот термин применяется для обозначения весьма широкого спектра подходов, сам Морено употреблял его по отношению к методу, который предусматривал переход людей из каких-либо сообществ в новые группы на основании их личных предпочтений и социометрических

оценок. В 1931 году Морено учредил первый профессиональный журнал, в котором освещались вопросы групповой терапии. Этот журнал носил название «Impromptu». Позже название несколько раз менялось, пока не возникло современное – «Групповая психотерапия», самое подходящее для ведущего журнала в данной области. Кроме того, Морено претендует на роль основателя возникшей в 1942 году первой профессиональной организации специалистов по групповой терапии.

Если первый толчок развитию групповой психотерапии в Соединенных Штатах был дан репрессивно-инспирационным подходом Пратта, второй – применением психоаналитической теории, то третьим стало возникшее в 60-х годах гуманистическое движение в психотерапии (Appley and Winder, 1973).

Сами группы называются по-разному: группы терапии, группы встреч, группы тренинга общения, группы лабораторного тренинга. Каждое из этих названий имеет свой смысловой оттенок, который станет понятным из дальнейшего изложения. А для всех таких групп в этой книге выбран термин «психокоррекционные группы». По большей части психокоррекционные группы возникли в атмосфере благоприятствования индивидуальному самовыражению, которая характерна для последних двух десятилетий. Эти группы ориентированы скорее на развитие и рост личности, чем на избавление от расстройств. Если не считать Т-группы, которые рассчитаны исключительно на здоровых, нормальных людей, в психокоррекционных группах не придается особого значения тому, какого рода клиентуру они обслуживают.

Такие психотерапевты, как Карл Роджерс, способствовали развитию гуманистического направления в психотерапии, резко выступая против догматического психоанализа (и радикального бихевиоризма), симпатизируя антитоталитарной контркультуре с ее установкой на самовыражение и самораскрытие. Роджерс впервые применил свой клиенто-центрированный подход для работы с группами во время экспериментаторского периода, который последовал за второй мировой войной. Во время сеансов терапевты имеют дело с текущими ситуативными конфликтами, а не с бессознательными и исторически сложившимися аспектами личности. Манера работы терапевта или руководителя группы менее директивна и более либеральна, чем это принято в традиционной психотерапии. В отличие от психоанализа, основное внимание терапевт обращает на взаимоотношения членов группы, а не на внутренние психические процессы. Роджерс видел в руководителе группы не столько специалиста, который лечит клиента, сколько равноправного партнера, формирующего спонтанные «я – ты» взаимоотношения, не обремененные традиционными правилами и ограничениями, налагаемыми на поведение собственно терапевта. Предоставление терапевту права действовать в соответствии со своей интуицией и делиться «своим личным» с клиентом

способствовало развитию новых подходов к групповой работе (Schaffer and Galinsky, 1974).

В работах Карла Роджерса отражена тенденция к более полному вовлечению терапевта в жизнь группы, которая характерна для 50-60-х годов. В свойственных гуманистической психологии подходах к работе с группами подчеркивается, что выражение чувств важнее, чем применение интеллекта (Whitakei and Malone, 1953). Кроме того, в настоящее время те, кто практикует работу с группами, приспособили к нынешним конкретным ситуациям и потребностям клиентов также и более традиционные учения. Например, в группах телесной терапии многое заимствовано из учения Вильгельма Райха (Wilhelm Reich), в группах темоцентрированного взаимодействия используются элементы психоанализа в сочетании с гуманистическими ценностными установками, а группы тренинга умений объединяют бихевиоризм с обучением путем приобретения опыта. В групповой психологии есть одно течение, еще не вполне осознанное психотерапевтами. Речь идет об исследованиях групповой динамики психологами и социологами академического толка. Современная социология возникла в XIX веке как наука, изучающая взаимозависимость социальных явлений и общих закономерностей социального поведения людей, порожденную всевозрастающей индустриализацией общества (Cohen and Smith, 1976). Первые социологи, такие, как Эмиль Дюркгейм и Георг Зиммель, сосредоточили свое внимание не столько на обществе в целом, сколько на процессах, происходящих в группах. Считается, что первый социально-психологический эксперимент провел Трипплетт (Triplet, 1897), когда определил, насколько велосипедисты увеличивают скорость в присутствии других велосипедистов. Трипплетт назвал этот феномен эффектом «социального облегчения» (social facilitation). Эффект «социального облегчения» является примером проявления социопсихологического принципа, который помогает понять, что происходит в психокоррекционных группах. А вот второй пример: в 60-х годах исследователи пришли к заключению, что решения, принимаемые индивидами в одиночку, более консервативны, чем решения, принимаемые после обсуждения в группе. Эта тенденция идти на больший риск, когда решения принимаются с оглядкой на группу, получила название «сдвига к риску» (risky shift).

Имеются значительные разногласия относительно того, насколько применимы к групповой психотерапии результаты исследований, проводимых в так называемых «нормальных» группах. Практика групповой психотерапии развивалась по большей части независимо от лабораторных исследований функционирования группы и динамики групповых процессов, так что и в самом деле неизвестно, до какой степени процессы, которые происходят в терапевтических группах, соответствуют тому, что было открыто в ходе социологических исследований. Джордж Бах

(George Bach, 1954), один из пионеров групповой психотерапии, утверждал, главным образом на основании личной убежденности и клинического опыта, что процессы установления норм, достижения сплоченности и развития коммуникативных моделей, которые обычно происходят в группах решения проблем, имеют свои соответствия и в терапевтических группах. Некоторые из этих экстраполяций к настоящему времени получили эмпирические подтверждения, но большинство из них еще не доказаны. Дело здесь, видимо, в том, что провести качественное полевое исследование в настоящей психотерапевтической группе труднее, чем в группе студентов в лабораторных условиях.

При проведении индивидуальной терапии в условиях группы практики, ориентированные на психоанализ, в значительной степени не учитывают влияния группы и игнорируют имеющиеся в литературе данные по групповой динамике. Они утверждают, что психотерапевтическая группа – это не то же самое, что лабораторная группа решения проблем. С другой стороны, такие британские психотерапевты, как С. Х. Фоукс, У. У. Байон и Х. Эзриел, считают, что группа живет по своим собственным законам, и заключают результаты экспериментальных исследований по групповой динамике в рамки фрейдистской концепции. При таком подходе терапевт обращает внимание скорее на взаимодействия в группе или на развитие некоей общей для всей группы темы, чем на патологические состояния ее отдельных членов. Вышеназванные терапевты стали важными фигурами в истории психокоррекционных групп отчасти потому, что это одни из немногих европейцев, оказавших влияние на практику групповой терапии в Северной Америке.

Терапевты, признающие необходимость учета групповой динамики, считают, что центральное место в истории психокоррекционных групп занимает Курт Левин, и рассматривают его «теорию поля» в качестве концептуального ядра теории групп. Левин, будучи социальным психологом, оказал более сильное влияние на современные исследования малых групп, чем кто-либо другой. Почти четыре десятка лет назад он предположил, что «обычно легче изменить индивидов, собранных в группу, чем изменить любого из них по отдельности» (Rosenbaum and Berger, 1975; p. 16). Благодаря Левину и его коллегам исследования малых групп специалистами стали считаться вполне оправданными и заслуживающими доверия.

Преимущества групповой формы работы

Хотя очевидно, что любая отдельная личность, находясь в группе, получает меньше внимания, чем при индивидуальной терапии, существует ряд причин, обусловивших развитие и успех групповой терапии. Жизнь человека – явление социальное. Во время работы или игры, в моменты интимной близости человек испытывает потребность вступить в контакт с другими людьми, делиться своими впечатлениями.

Несколько лет назад Дэвид Ризман окрестил целое поколение «толпой одиночек», подчеркнув тем самым, что даже в присутствии других человек может чувствовать себя отрезанным от них, изолированным, одиноким. Бюрократические лабиринты современного общества вызывают у людей ощущение замешательства, недоверия и бессилия. В таких случаях опыт пребывания в специально организованных группах может помочь в решении проблем, возникающих при межличностном взаимодействии. Группа оказывается микрокосмом или обществом в миниатюре, отражающим в себе весь внешний мир и придающим реалистичность искусственно создаваемым отношениям. В семье, на работе или в группах, которые формируются по интересам, на людей ежедневно действуют такие факторы, как давление партнеров, социальные влияния, конформизм. Эти факторы и выявляются в психокоррекционных группах, что оказывает соответствующее влияние на взгляды и поведение личности. В конечном результате опыт, приобретаемый в специально созданной среде, обычно переносится на внешний мир [19].

Второе потенциальное преимущество группы состоит в возможности получить обратную связь и поддержку от других ее членов, имеющих сходные проблемы или опыт и способных благодаря этому оказать существенную помощь. В процессе происходящих в группе взаимодействий осознается ценность других людей и потребность в них. В группе отдельная личность чувствует себя принимающей других и принимаемой другими, доверяющей им и внушающей доверие, заботящейся и окруженной заботой, оказывающей помощь и получающей ее. Реакции, возникающие и прорабатываемые в контексте групповых взаимодействий, могут помочь в разрешении межличностных конфликтов вне группы. В дружественной и контролируемой обстановке можно усваивать новые навыки, экспериментировать с новыми стилями поведения и получать опыт «проверки реалий» на специально подобранной группе партнеров. Присутствие равноправных партнеров, а не только одного терапевта, создает ощущение комфорта. У недостаточно уверенных в себе членов группы не возникает чувства, что на них оказывают давление, с тем, чтобы они немедленно себя проявили. А когда они начинают заявлять о себе, то чувствуют себя спокойней, ощущая поддержку и зная, что такие же проблемы есть и у других.

В-третьих, в группе можно быть не только участником событий, но и зрителем. Наблюдая со стороны за ходом групповых взаимодействий, можно идентифицировать себя с активными участниками и использовать результаты этих наблюдений при оценке собственных эмоций и поступков. Множество обратных связей создает отражение личности сразу во многих ракурсах, позволяющее ей оценить собственное поведение и установки. При добавлении к терапевтической диаде еще одного или нескольких человек возникает напряжение, которое не всегда

имеет место в отношениях двух людей. Это напряжение может способствовать выявлению психологических проблем каждого члена группы.

В-четвертых, группа может способствовать личностному росту. В группе личность неизбежно ставится в положение, вынуждающее ее к самоисследованию и интроспекции. Часто люди знают, чего они хотят, но, чтобы заявить об этом во всеуслышание, им требуется участие и поддержка. Каждая попытка самораскрытия или самоизменения члена группы вызывает одобрительную реакцию со стороны других ее членов, и, соответственно, повышается самооценка личности.

Наконец, групповая форма работы имеет и экономические преимущества. Обычно и для терапевта/руководителя, и для пациента/члена группы менее накладно встречаться одновременно с шестью, десятью или более людьми, чем с каждым из них поодиночке.

Другие преимущества работы с группами являются следствиями особенностей отдельных подходов или теорий. Гибкость групповых форм терапии, как будет показано в дальнейшем, позволяет моделировать самые разнообразные ситуационные формы межличностных взаимодействий, разрабатывать различные терапевтические программы и работать с разным контингентом участников.

Влияние коллектива на личность

Влияние коллектива на личность (и личности на коллектив) имеет свои достаточно сложные психологические механизмы, но они отличаются от механизмов психологии групп и психологии масс.

Таким образом, группа отличается, с одной стороны, от случайного скопления людей, а с другой, – от коллектива как высшего уровня группового развития [11].

Группа – это социально-психологическое понятие, обозначающее определенное число лиц, включенных в типичные для них виды деятельности и регулируемых общими ценностями и нормами.

Одним из основных признаков, который отличает группу от случайного объединения людей, является способность ее участников включаться в согласованные действия, благодаря которым могут быть удовлетворены их индивидуальные потребности.

В социальной психологии традиционно выделяют следующие основные **признаки группы**:

- осознание участниками своей принадлежности к группе;
- установление определенных отношений между ними;
- внутренняя организация, включая распределение обязанностей, лидерство, иерархию статусов;
- действие «группового давления», побуждающего участников вести себя в соответствии с принятыми в группе нормами;

-
- наличие определенных изменений во взглядах и поведении отдельных участников, обусловленных их принадлежностью к группе.

Группы условно делят на большие и малые, условные и реальные, лабораторные и естественные.

Малая группа – немногочисленная по составу общность людей (до 20 человек), члены которой объединены единой деятельностью и находятся друг с другом в непосредственном личном общении.

Различают группы структурированные и неструктурированные; центрированные на руководителе и центрированные на участниках; рациональные и эмоциональные (аффективные).

Психокоррекционная группа – это искусственно созданная (лабораторная) малая группа, объединенная целями межличностного исследования, личностного научения и самораскрытия. Это неструктурированное взаимодействие *здесь и теперь*, при котором участники изучают происходящие с ними процессы межличностного взаимодействия в данный момент и в данном месте.

Лэкин (Lakin, 1972) выделяет следующие процессы и признаки, характерные, по его мнению, для психокоррекционной группы:

- облегчение выражений эмоций;
- возникновение ощущения принадлежности к группе;
- обязанность самораскрытия;
- апробирование новых навыков поведения;
- санкционированная группой свобода межличностного общения (межличностные сравнения);
- разделение с формальным лидером ответственности за руководство группой.

Среди психокоррекционных групп выделяют:

- группы для решения проблем;
- группы для обучения межличностным взаимоотношениям (группы подготовки бизнесменов, руководителей);
- группы роста (самосовершенствование);
- терапевтические группы.

Психокоррекционные группы, так же как и другие малые группы, могут быть центрированы преимущественно на руководителе (группа тренинга умений) или на членах группы (группа встреч).

Психология группы

Малая группа – это общество в миниатюре. Такие скрытые факторы, как социальное влияние и давление партнеров, действие которых мы повседневно ощущаем в жизни, на работе, в семье, проявляются и в психокоррекционной группе. Принципиальное преимущество психокоррекционной группы – это возможность получения по законам обратной связи эмоциональной поддержки от участников группы, имеющих общие проблемы и общие цели [11].

В группе человек чувствует себя принимающим и принятым, доверяющим и пользующимся доверием, заботящимся и окруженным заботой, помогающим и получающим помощь. В такой обстановке взаимопонимания и взаимодействия облегчается процесс разрешения межличностных конфликтов, возникающих вне группы. Человек пробует и осваивает новые навыки поведения, у него появляется возможность экспериментировать с различными стилями межличностных отношений.

Психокоррекционная группа может облегчить процесс самоисследования и самопознания, проверить посредством группового мнения уровень самооценки, реальность собственных притязаний. Часто люди знают себе цену и знают, чего они хотят, но если эти личностно значимые ценности принимаются группой, то самораскрытие и самореализация становятся более реальными.

Формирование группы

Состав группы определяется ее типом (группа встреч, группа умений и т.п.), а также формой и содержанием предполагаемой психотерапевтической работы [24].

Первый вопрос, который приходится решать врачу при формировании группы, это вопрос о показаниях и противопоказаниях для групповой психотерапии.

Диапазон показаний к групповой психотерапии достаточно широк – от невротозов до ремиссии шизофрении. Однако соотношения показаний и противопоказаний всегда представляют большую трудность. Показания зависят от типа группы и метода психотерапии.

Противопоказаниями для групповой психотерапии являются низкий интеллект и психозы. Особую сложность создают больные, склонные к образованию бредовых идей отношения, преследования и физического воздействия.

Относительными противопоказаниями могут служить тяжелые формы психопатий, особенно возбудимого круга (эксплозивные, эпилептоиды). С осторожностью следует включать в группу людей с выраженными физическими недостатками (уродов, глухих, слепых). Б.Д. Карвасарский (1985) считает, что абсолютно недопустимо включать в одну и ту же группу людей, «находящихся за ее пределами в служебных или каких-либо иных отношениях».

Группы могут быть большими (до 30 чел.) и малыми (3–4 чел.). Когда группа слишком велика, возникает тенденция к обособлению отдельных подгрупп со своими интересами и обратными связями. Такие группы трудноуправляемы, а терапевтический эффект их низок. Если группа слишком мала, то резко снижается интенсивность межперсональных взаимодействий. Такая группа скорее напоминает группу больных, пришедших на консультативный прием.

Большинство психотерапевтов отдают предпочтение группам из 8–12 человек (Kratochvil, 1978; Kellerman, 1979). Такие группы достаточны, чтобы обеспечить эмоциональную близость ее участников и создать между ними обратную связь.

При комплектовании группы всегда встает вопрос: какой она должна быть по составу – гетерогенной или гомогенной?

В основе определения однородности или неоднородности группы обычно лежат три основных критерия:

1) демографический (возраст, пол, образование);

2) клинический (симптомы, синдромы, диагноз);

3) личностный (характер, интеллект, интересы). Сторонники гетерогенных групп аргументируют свою точку зрения желанием создать модель общества в миниатюре (Bennis, Shepard, 1974). В гетерогенных группах эмоциональное напряжение и степень конфронтации могут быть более выраженными, а способы решения конфликтов – более естественными. Однако гетерогенность может способствовать изоляции отдельных членов группы, что, естественно, не способствует улучшению психотерапевтического воздействия.

Пожилый интеллигентный человек, попавший в группу современной, не очень деликатной молодежи, в лучшем случае будет чувствовать себя неуютно, в худшем – может стать предметом насмешек.

Гомогенные группы более сплочены, менее конфликтны, члены ее более, чем в гетерогенных группах, склонны к эмоциональной поддержке друг друга. В то же время гомогенная группа является плохой ареной для споров и решения острых конфликтных ситуаций.

Роли и нормы

Психология малой группы включает в себя такие понятия, как роли, нормы, лидерство, типы поведения, групповой процесс.

Роли – это поведение, принятое членами группы и рассматриваемое ими как соответствующее групповым интересам.

Каждый член малой группы, будь то производственный коллектив или семья, играет в ней ту роль, которую считает подходящей для себя и для этой конкретной группы (заведующий отделением, отец семейства и т.д.).

Опираясь на собственный опыт, каждый человек приходит в психокоррекционную группу уже с определенным настроением на ту роль, которую он в ней будет играть. Роль человека в психокоррекционной группе чаще всего отличается от той, которую он играет вне группы. Например, вне группы он – ответственный работник, руководитель, глава семьи, а группа определяет ему роль, не связанную с лидерством. Это требует от него психологической перестройки, понимания необходимости новой роли, а при ее принятии – гибкости в ролевой тактике.

Богданов и Элбом (Bogdanoff, Elbaum, 1978) считают, что потребность той или иной роли появляется в процессе формирования межличностных

отношений, особенно при возникновении в группе острых ситуаций и конфликтов. Уже в самом начале формирования группы в ней обязательно появляются такие персонажи, как Вождь, Нытик, Скептик и т.д.

Обычно наиболее типичные роли отличаются своей полярностью, как бы противопоставлены друг другу.

На этом основании Лири (Leary, 1957) все групповые роли расположил на двух осях: гнев – любовь, сила – слабость. Келлерман (Kellerman, 1979) выделил восемь основных типов ролей, разделенных на четыре пары полярных противоположностей: Романтик – Проверяющий, Невинный – Козел отпущения, Философ – Ребенок, Пуристан – Объединяющий.

Принятая каждым участником группы «новая» роль помогает психокоррекционной группе выполнять свои основные задачи.

Эффективная группа нуждается в равновесии положительного и отрицательного. Поддерживающая, корригирующая функция группы включает в себя не только дружеские, но и недружеские действия, не только согласие, но и несогласие. Чем более гибкими, пластичными будут участники группы в своих ролях, тем более эффективной будет группа в достижении своей конечной цели.

Нормы – это принятые правила поведения, руководящие действиями участников и определяющие санкции наказания при их нарушении. Типичными нормами психокоррекционных групп являются самораскрытие и честность. Подчинение групповым нормам связано со статусом участника группы и сплоченностью группы.

Нормы существуют в любой группе и в любом обществе, а нарушение принятых норм всегда предусматривает наказание. Чем жестче нормы и суровее наказание за их нарушение, тем авторитарнее группа. Примером могут служить неформальные авторитарные группы асоциальных подростков (Кондратенко, 1988).

Каждая психокоррекционная группа устанавливает свои нормы поведения, но в каждой из них обычно поощряются эмпатия, правдивость, теплота и открытость.

По мнению Б.Д. Карвасарского (1985), каждый член психокоррекционной группы обязан:

- выполнять распорядок групповых занятий;
- говорить в группе обо всем открыто и искренне;
- не выносить за пределы группы того, что происходит во время групповых занятий;
- помогать товарищам по группе осознавать и изменять свой способ поведения, если он противоречит общепринятым нормам;
- отказаться от общих фраз, говорить о проблемах и переживаниях, как своих собственных, так и товарищей по группе, конкретно и по принципу *здесь и теперь*;
- выслушивать взгляды, мнения и советы членов группы, обдумывать их, но принимать решения самостоятельно.

Подчинение перечисленным нормам не является обязательным, но от их соблюдения или несоблюдения зависит эффективность работы психокоррекционной группы.

Выполнение норм поведения во многом зависит от информированности и сплоченности группы.

Левин (Lewin, 1951) определял сплоченность как «тотальное поле сил, формирующее у участников чувство принадлежности к группе и желание в ней остаться».

Имеются наблюдения, свидетельствующие о том, что в гомогенных группах подчинение нормам более выражено, чем в гетерогенных.

Руководство группой

Стиль руководства. Левин, Липпитт и Уайт (Le-win, Lippitt, White, 1939) выделяют следующие три стиля руководства группой: авторитарный, демократический и попустительский.

Авторитарный стиль. Все виды поведения пациентов в группе определяются руководителем (психотерапевтом) [24].

Он дает задания, побуждает к действию, критикует или поощряет, разъясняет, руководит дискуссией и т.п. Психотерапевт при этом стиле – самый активный и авторитарный участник работы группы.

Демократический стиль. Деятельность группы определяется коллективным разумом. Психотерапевт направляет деятельность группы через дискуссию, групповое решение, а сам занимает позицию активного партнера.

Попустительский (антиавторитарный) стиль. Психотерапевт полностью устраняется от руководства группой и занимает роль наблюдателя или беспристрастного комментатора. В крайних случаях он только задает наводящие вопросы, но не дает советов и не оценивает ход событий.

Специально проведенные исследования показывают, что оптимальный стиль руководства в психотерапевтической группе – демократический (Рудестам, 1990). Однако опытные психотерапевты знают, что стиль руководства может меняться в зависимости от психологического климата и экстраординарных ситуаций, которые нередко возникают в группе. В таких случаях авторитарное руководство может быть более эффективным, чем позиция невмешательства. Существует определенная закономерность: чем более сплочена группа, тем менее активен и авторитарен руководитель. Во всяком случае, даже при полном, казалось бы, невмешательстве в работу группы опытный психотерапевт никогда не теряет контроля над группой и держит нити управления в своих руках.

Личность руководителя. Определенное влияние на эффективность руководства группой оказывают личные качества психотерапевта. Этому вопросу посвящено огромное количество литературы. Не вызывает сомнения и тот факт, что, для того чтобы стать неформальным

лидером, нужно обладать определенными личностными качествами. Ясно также и то, что ни одна, даже самая яркая, черта личности еще не может определять личность, а тем более ее лидерские качества.

Тем не менее, Славсон (Slavson, 1962) выделяет следующие основные качества, которые, по его мнению, необходимы для лидера: уравновешенность, рассудительность, зрелость, сила *Я*, высокий порог возникновения тревоги, восприимчивость, интуиция, эмпатия, богатое воображение, решительность, желание помочь людям, терпимость к фрустрации и неопределенности.

Рудестам (1990) специфическими лидерскими качествами считает: энтузиазм, умение убеждать и подчинять себе окружающих, уверенность в себе и ум.

Функции руководителя. Психотерапевт в психокоррекционной группе обычно играет одну из следующих поведенческих ролей: эксперта, катализатора, дирижера, активного (идеального) партнера.

На Западе психотерапевт чаще всего играет роль эксперта, у нас – дирижера. Это зависит от степени авторитарности группы и формы психотерапии.

Эксперт обычно комментирует поступки и диалоги участников, стараясь связать ситуации, возникающие *здесь и теперь*, с ситуациями и проблемами из повседневной жизни. Чрезмерное увлечение ролью комментирующего эксперта может нарушить групповой процесс и превратить группу в учебный класс.

В роли катализатора психотерапевт, по образному выражению Фиберта (Fiebert, 1968), «как бы держит перед группой зеркало для того, чтобы участники могли видеть свое поведение».

Используя свой профессионализм и интуицию, а главное, такие качества, как искренность и эмпатию, психотерапевт в роли катализатора стимулирует к действию *здесь и теперь*, помогает наладить обратную связь и быстрое реагирование участников группы на создаваемые ситуации.

В роли дирижера психотерапевту обычно приходится выступать на первых этапах формирования группы или в трудных ситуациях, когда участники группы заходят в тупик.

Тупиковая ситуация в группе обычно сопровождается повышением уровня тревожности. Умеренная тревожность является хорошим лечебным фактором (Shapiro, 1978). Задача психотерапевта в роли дирижера состоит в том, чтобы вывести группу из тупиковой ситуации, все время сохраняя невысокий уровень тревожности.

В недирективных (антиавторитарных) группах психотерапевт выступает обычно в качестве активного партнера, образцового участника. В этой роли он может олицетворять образец открытости, аутентичности и на своем примере продемонстрировать процесс самораскрытия. Пример самораскрытия положительно влияет на поведение участников группы,

подталкивая их к подражанию, но здесь психотерапевту, как ни в какой другой роли, необходимо соблюдать чувство меры, так как интимное самораскрытие лидера может грубо нарушить групповой процесс.

Рудестам в связи с этим подчеркивает: «Руководитель в группах роста и в терапевтических группах должен быть отчасти артистом, отчасти ученым, соединяющим чувство и интуицию с профессиональным знанием методов и концепций».

Типы поведения в группе

В социальной психологии выделяют четыре основных типа поведения людей в малой группе.

Обособляющий тип. Хорошо выражена индивидуальная ориентировка. Оптимальное решение задач возможно только в условиях относительного обособления от группы, самостоятельно.

Ведомый тип. Выражена тенденция к конформности, подражательству, добровольному подчинению. Оптимальное решение групповой задачи возможно в контакте с более уверенными и компетентными членами группы.

Лидирующий тип. Индивидуум ориентирован на власть в группе. Оптимальное решение задач возможно при условии подчинения себе других членов группы.

Сотрудничающий тип. Индивидуум постоянно стремится к совместному с другими решению задач и следует за группой в случаях разумных решений.

Знание типов поведения участников группы помогает психотерапевту при распределении ролей, способствует более глубокому пониманию механизмов психологической несовместимости отдельных ее членов.

Совпадение формального и неформального лидера в одном лице упрощает ситуацию, несовпадение делает групповой процесс более сложным.

Групповой процесс

Понятие групповой процесс (групповая динамика) впервые введено Куртом Левиним в 1936 г. Центральная идея этого понятия состоит в том, что законы поведения индивидуумов в группах следует искать в познании детерминирующих их «социальных и психологических сил».

В дальнейшем это понятие применительно к психокоррекционным группам было разработано Роджерсом, Шутцем и др.

Кельман (Kelman, 1963) рассматривает групповую психотерапию как «ситуацию социального влияния», а в групповом процессе выделяет три этапа: податливость, идентификацию, присвоение.

По Кельману, члены психотерапевтической группы, во-первых, подвержены влиянию психотерапевта и других участников группы; во-вторых, идентифицируются с психотерапевтом и друг с другом; в-третьих, присваивают себе групповой опыт. Кельман считает, что для достижения

терапевтического эффекта мало одной «податливо-сти» нормам и правилам группы – необходимо еще усвоить выученное и овладеть им. Члены группы должны усвоить новые навыки чувствования (податливость), отреагировать их на группе (идентификация) и применить к специфическим ситуациям реальной жизни (присвоение).

Психокоррекционная группа с момента ее создания проходит несколько стадий (фаз) своего развития.

Большинство исследователей этого вопроса приходят к выводу о том, что групповой процесс, начинаясь со стадии адаптации, через разрешение внутригрупповых конфликтов (вторая стадия) приходит в конечном итоге к сплоченности и эффективному решению проблем (Tuckman, 1965; Bennis, Shepard, 1974 и др.).

Такая стадийность развития группы вытекает из теории межличностных отношений Шутца (Schutz, 1958). По Шутцу, на ранних этапах развития группы ее участники испытывают стремление к *включению в ситуацию*. В этой стадии начинает формироваться чувство принадлежности к группе и желание установить адекватные отношения со всеми ее участниками. Во второй стадии на первый план выступают потребность в *контроле ситуации*, негативизм. Появляются соперничество и стремление к независимости, желание выделиться, занять лидирующее положение. В третьей стадии начинает доминировать *потребность в привязанности*. Участники группы устанавливают тесную эмоциональную связь друг с другом. На первый план выступают сплоченность, чувство открытости, близости, эмпатии.

Кратохвил (Kratochvil, 1978) выделяет четыре фазы группового развития.

Первая фаза (ориентация и зависимость). Происходит адаптация к новым людям и ориентация: «Что будем делать?», «Как мне это поможет?». Члены группы встревожены, неуверенны, зависимы. Одни замыкаются в себе, другие рассказывают про свои заболевания, но при этом все ждут информации и указаний от психотерапевта.

Вторая фаза (конфликты и протест). Появляется тенденция к самоутверждению, начинается распределение ролей: активные и пассивные, лидирующие и «угнетенные», «любимчики» и «нелюбимчики» и т.п. Возникает недовольство как друг другом, так и психотерапевтом, а в конечном результате – разочарование в самом методе.

Если на первом этапе формирования группы психотерапевт для всех членов группы был кумиром, то теперь он сбрасывается с пьедестала, низводится до уровня «бездельника и шарлатана». Недовольство психотерапевтом еще более усиливается, если он отказывается от лидирующей, авторитарной роли. Эмоционально-стрессовый накал достигает своего апогея: обсуждения больного превращаются в «товарищеский суд», беседа с психотерапевтом – в конфликт. Если психотерапевт недостаточно опытен, то на этой фазе возможен развал группы.

Третья фаза (развитие и сотрудничество). Снижается эмоциональная напряженность, уменьшаются число и острота конфликтов. Наступает консолидация групповых норм и ценностей. Борьба за лидерство отступает на задний план. Появляется потребность в своей принадлежности к группе, актуальным становится чувство ответственности за общие интересы. Между членами группы зарождаются взаимопонимание, искренность, интимность. Диалоги становятся более откровенными и доверительными. У индивидуума появляется чувство безопасности, уверенность в том, что группа его защитит. Появляется желание открываться, нормализуются отношения с психотерапевтом.

Четвертая фаза (целенаправленная деятельность). Группа становится рабочим коллективом, зрелой социальной системой. Ее члены размышляют, советуются, принимают решения. Налаживается положительная обратная связь, которая не нарушается даже в тех случаях, когда к обсуждению сознательно допускаются отрицательные эмоции и конфликты.

В отечественной психотерапии принято выделять адаптационную, фрустрирующую, конструктивную и реализационную фазы групповой динамики (Слущкий, Цапкин, 1985 и др.). В принципе, эта динамика ничем не отличается от динамик, описанных Роджерсом, Кратохвиллом и др.

Каковы же лечебные факторы психотерапевтической группы? По мнению Ялома (Jalom, 1975), их десять.

Сплоченность. Это характеристика степени связанности, единства межличностных отношений в группе. Возрастание сплоченности способствует усилению взаимодействия между членами группы, интенсифицирует процессы социального влияния, повышает удовлетворенность каждого.

Внушение надежды. Вера в успешность группового процесса уже сама по себе имеет терапевтическое воздействие.

Обобщение. Люди склонны считать свои жизненные проблемы и болезни уникальными. В процессе группового развития они начинают осознавать, что и другие имеют подобные же проблемы и болезни. Эта идентификация собственных проблем и переживаний имеет терапевтическое воздействие.

Альтруизм. Поведение, ориентированное на удовлетворение чужих интересов без сознательного учета их выгоды для себя. Поведение, направленное на оказание бескорыстной помощи любому члену группы независимо от того, какое социальное положение он занимает вне группы.

Предоставление информации. Имеются в виду информация и рассуждения, необходимые члену группы для самосознания и самораскрытия.

Множественный перенос. Любые трудности в области общения и социальной адаптации, будучи детерминированными событиями настоящего и прошлого, обязательно проявляются в групповом общении. Эмоциональная привязанность пациента к психотерапевту и к другим участникам группы рассматривается, исследуется и при необходимости подвергается рациональной и реалистической оценке.

Межличностное обучение. Группа служит испытательным полигоном для исследования положительных и отрицательных эмоциональных реакций и апробирования новых видов поведения. Члены группы убеждаются в том, что могут, открыто просить о помощи и поддержке других и бескорыстно помогать сами.

Развитие межличностных умений. В группе все ее участники явно или скрыто совершенствуют свое умение общаться. Для развития межличностных умений используются различные методики, в том числе обратная связь и ролевая игра.

Имитирующее поведение. Обучение адекватному поведению посредством наблюдения и имитации поведения других. В начале группового процесса имитируется поведение психотерапевта или других членов группы, получивших его одобрение. Постепенно участники группы начинают экспериментировать, используя множество образцов поведения, предлагаемых в группе для поддержания.

Катарсис. Обсуждение в группе скрытых или подавленных («неприемлемых») потребностей, сосредоточение на таких непроанализированных эмоциях, как чувство вины или враждебности, ведут к самопониманию, самораскрытию и в конечном итоге к облегчению.

Кратохвил (Kratochvil, 1978) приводит иной перечень лечебных факторов психотерапевтической группы:

- участие в работе группы;
- эмоциональная поддержка;
- помощь другим;
- самопроявление;
- отреагирование;
- обратная связь;
- инсайт (понимание ранее не осознанных взаимосвязей);
- коллективный эмоциональный опыт;
- проверка и тренинг новых способов поведения;
- получение новой информации и социальных навыков.

В заключение следует подчеркнуть, что ни один из перечисленных факторов в отдельности не имеет решающего лечебного значения. Терапевтическое воздействие оказывает групповой процесс, вся группа в целом.

Групповая этика

Наиболее важными в этой проблеме являются вопросы, касающиеся этики руководителя группы, психотерапевта, и вопросы внутригрупповой этики.

Обоснованное требование, которое должно предъявляться психотерапевту, – это уровень его профессиональной подготовки. Многие полагают, что групповую психотерапию может проводить любой дипломированный врач или психолог. Это глубокое заблуждение, порожденное

незнанием, прежде всего, механизмов лечебного воздействия групповой психотерапии.

Подготовка компетентных специалистов для групповой психотерапии – дело довольно сложное, трудоемкое и должно включать в себя как минимум три стадии обучения.

Первая стадия – обучение терапевтическим основам и техникам групповой психотерапии; вторая – стажировка в группе, которой руководит опытный специалист; третья – личное участие в групповом процессе.

Оптимальным вариантом второго этапа обучения является работа «в паре» с опытным психотерапевтом. Роль лидера всегда играет более подготовленный специалист, но иногда полезно в процессе занятий передавать эту роль стажеру, чтобы тот мог взять на себя ответственность за руководство, а главное – «почувствовать» группу. В последующем руководство группой можно временно возложить на стажера, но при условии присутствия, наблюдения и поддержки профессионала.

Очень важно для психотерапевта приобрести личный опыт члена группы. Хорошим полигоном для этого является группа тренинга. Руководители в такой Т-группе могут назначаться по очереди, а остальные выполняют роль участников. Участники Т-группы в таких условиях обретают понимание не только того, как чувствует себя руководитель группы, но и того, как чувствуют себя участники, переживающие трудности фрустрации, межличностных отношений, самораскрытия.

Внутригрупповая этика включает в себя круг вопросов, наиболее важными из которых являются:

- согласие или несогласие участвовать в групповом процессе;
- свобода выбора участия в тех или иных действиях группы;
- профилактика психических травм.

Parloff (1970) подчеркивает, что профессиональные руководители групп должны ограничиваться скромной рекламой и открыто говорить о границах своих компетенции и возможностей. В то же время информация о целях, методах, продолжительности и принципах групповой психотерапии, наоборот, должна быть наиболее полной. Это позволяет пациенту правильно решать вопрос о том, участвовать ему или нет.

Второй вопрос касается более интимных механизмов группового процесса. Поэтому каждый участник имеет право не участвовать в тех или иных действиях или ситуациях при работе группы. При этом ни руководитель группы, ни сама группа не должны оказывать на такого участника чрезмерного давления, а тем более понуждать его к искренности и самораскрытию.

Третий вопрос тесно связан со вторым. Имеет значение также продуманный отбор отдельных членов при формировании группы.

И, наконец, обязательным для руководителя и всей группы в целом является соблюдение конфиденциальности. Все, что обсуждается в группе, не должно выходить за ее пределы. В противном случае групповой процесс может прерваться.

Группы встреч

То, что начиналось как рискованный эксперимент в Национальной лаборатории тренинга в городе Бетель, штат Мэн, впоследствии дало начало множеству групповых форм психологической коррекции. Сейчас в мире существует огромное количество психокоррекционных групп, и большинство из них именуется «группами встреч». Этот ни к чему особо не обязывающий термин стал объектом как нежной привязанности сторонников, так и агрессивных нападков со стороны критиков. При этом данный термин не подразумевает обязательного использования определенного подхода к работе с группами. Дать теоретическое определение группам встреч весьма затруднительно ввиду разнообразия опыта, который приобретается в группах, относимых к этой категории [19].

Первое употребление термина «встреча» (encounter) в психотерапевтическом контексте приписывается Якобу Морено, основателю психодрамы. Современное определение «встречи» дано Вильямом Шютцем (Schutz 1971): «Встреча – это способ установления отношений между людьми, основанный на открытости, честности, уверенности в себе, чувстве ответственности перед самим собой, самоконтроле, внимании к чувствам и сосредоточенности на «здесь и теперь». Это определение мы и будем иметь в виду применительно к тем типам групп встреч, которые рассматриваются в данной главе.

История и развитие

Группы встреч на Востоке и Западе США имеют свои особенности. Центры развития личности на Восточном побережье породили множество групп, ориентирующихся на решении конкретных задач, исследующих такие вопросы, как коммуникация, разрешение проблем, лидерство. На Западном побережье группы встреч в большей степени ориентированы на создание чувства общности и развитие у участников способности к установлению близких межличностных отношений (Kaplan and Sadock, 1972). Поэтому едва ли случайно, что большая часть центров личностного роста, где проводятся занятия в группах встреч, находится на Западе. Видимо, сам стиль жизни и климат Калифорнии побуждают к проведению социальных экспериментов. Кроме того, именно там работают лидеры движения групп встреч Карл Роджерс и Вильям Шютц.

Известность Карлу Роджерсу принесли главным образом заложенные им основы психотерапии, центрированной на клиенте, которая стала доминирующим направлением работы многих североамериканских консультационных центров. О группах встреч Роджерс отзывается как об одном из величайших социальных изобретений 60-х годов. Размышляя о неизбежной рационализации и бюрократизации современной культуры, которые ведут к отчуждению людей друг от друга и от самих себя, Роджерс (Rogers, 1968; p. 268-269) предсказывал, что «появятся возможности для установления такой близости между людьми, которая

будет не искусственной, а подлинной и глубокой и при этом соответствующей современной мобильной жизни. Преходящие взаимоотношения будут достигать такой же глубины и значимости, какие до сих пор считались присущими только связям, сохраняющимся на протяжении всей жизни». Одним из средств для осуществления таких перемен Роджерс считал движение групп встреч, которое к тому же прекрасно вписывалось в набирающую тогда силы контркультуру. Вкладом Роджерса в это движение стала концепция «основной встречи», созданная им в процессе работы в Западном институте наук о поведении и одновременно в Центре изучения личности в городе Ла-Джолла, штат Калифорния. Эта концепция полностью соответствует гуманистическому направлению в индивидуальном консультировании, которое разрабатывалось Роджерсом в 40-х и 50-х годах.

Подход Роджерса к психотерапии является подчеркнuto феноменологическим. Консультант внимательно и сочувственно выслушивает клиента, но не навязывает ему своих суждений. Кроме того, консультант поощряет клиента к реализации собственного потенциала развития, что должно дать клиенту возможность самому сделать продуктивные выводы. Введенное Роджерсом (Rogers, 1970) понятие «основной встречи» предусматривает веру в возможность индивидуального развития, происходящего тогда, когда члены группы выражают собственные чувства и принимают к сведению чувства других. В отличие от Т-групп, в группах встреч внимание участников фокусируется не на понимании сути группового процесса и не на развитии навыков межличностного взаимодействия, а на достижении высокого уровня аутентичности и открытости во взаимоотношениях с другими. При этом руководитель старается создать и поддерживать атмосферу безопасности и доверительности, чтобы побудить участников к обмену самыми сокровенными мыслями и чувствами. Сам Роджерс сводит к минимуму применение в группе специальных приемов и упражнений и в своей работе ориентируется, прежде всего, на безусловное положительное принятие каждого участника.

Местом, где произошли разительные перемены в движении групп встреч, способствовавшие их широкому распространению, стал Институт Эсален в идиллическом калифорнийском местечке Биг Сюр, расположенном среди скал на побережье Тихого океана. Эсален был учрежден в 1962 году как центр изучения потенциальных возможностей человека. Его основателями были выпускник Станфордского университета Майкл Мерфи, который владел самим земельным участком, и его друг Ричард Прайс. В то время как на Восточном побережье Национальная лаборатория тренинга (НЛТ) ограничилась изучением групповых процессов, Эсален был открыт для множества терапевтических и псевдотерапевтических подходов. Кроме того, здесь проводились исследования экзотических философских систем, инспирированные тем периодом жизни Мерфи,

который он провел в Индии. В отличие от традиционных Т-групп, группы эсаленовского типа предлагали участникам не помощь в изучении групповых процессов, а что-то вроде шведского стола с меню из психологических и терапевтических приемов и духовных переживаний, которые должны были способствовать расширению возможностей членов группы на основе ключевого понятия «встречи». За пару лет Эсален стал образцом для подражания и источником вдохновения для аналогичных центров развития личности, которые распространились по всей стране. Тематика предлагаемых в Эсалене семинаров варьировалась от дзен-буддизма, медитации и биоэнергетики до собственно встреч. Занятия проводили не только постоянные сотрудники, но и приглашенные специалисты, которые приносили новые подходы.

Если считать, что для движения групп встреч Эсален был своего рода театром, то в центре его сцены находилась фигура Билла Шютца. Академическое реноме бывшего социального психолога из Гарварда базировалось на изданной в 1958 году книге «FIRO: трехмерная теория межличностного поведения» (Schutz, 1958). В этой книге Шютц пытался соотнести теорию психоанализа с групповой динамикой.

Основные понятия

Предложенное Шютцем определение группы встреч включает несколько элементов, связанных с такими понятиями, как открытость и честность, осознание самого себя и своего физического «Я», ответственность перед собой, внимание к чувствам и принцип «здесь и теперь».

Самораскрытие

Понятия открытости и честности тесно связаны с установкой групп встреч на самораскрытие. Руководители призывают участников к самораскрытию как к способу достижения близких взаимоотношений. Они побуждают членов группы к раскрытию своих чувств и мыслей, особенно тех, которые касаются других участников или событий, происходящих в группе в данный момент времени, – в противовес воспоминаниям, которые не относятся к текущим событиям в группе. Например, вполне уместно признаться в том, что один из членов группы напоминает вам вашего старшего брата, который запугивал и унижал вас. Но не следует вспоминать о том же старшем брате безотносительно к текущей ситуации.

Есть некоторая ирония в том, что для приобретения навыков налаживания близких отношений требуется групповой опыт. Адаптация к жизни в обществе часто требует сокрытия подлинных чувств, потребностей и сомнений. Самораскрытие делает людей уязвимыми и внешне слабыми. Оно может быть расценено как признак склонности к патетике или желания приbedниться, а то и вовсе как эксгибиционизм или невоспитанность. Вместе с тем Сидней Джуард (Sidney Jourard, 1964) подчеркивал, что полное самораскрытие перед другими, сама

мысль о котором многих приводит в ужас, на самом деле есть признак сильной и здоровой личности. Пытаясь скрыть свое подлинное «Я» от других людей, мы тем самым активно создаем фальшивый образ себя. Социально обусловленные роли приходится играть во многих ситуациях – и на работе, и в процессе учебы, но, если всякий раз переигрывать, в конце концов, можно остаться с ощущением одиночества, отделенности от других и отчужденности от себя. Одной из причин, по которой консультирование и психотерапия предусматривают самораскрытие клиента, является возможность сделать откровенное признание перед сочувствующим слушателем. Такое признание оказывает терапевтическое воздействие независимо от наличия или отсутствия обратной связи.

Риск раскрытия перед другими может казаться огромным, но сокрытие своих мыслей и чувств также обходится недешево. Мы можем избегать признания любых неприятных фактов о себе, но, поступая так, мы избегаем подлинной близости. Уходя от самораскрытия, мы можем представить другим некий совершенный образ себя, но в этом случае нам трудно будет построить сколько-нибудь значимые взаимоотношения. Есть основания считать, что подавление важных для данного человека внутренних переживаний может приводить к множеству психосоматических расстройств, включая язву желудка, астму и мигрень. О.Г. Моурер (O.H. Mowrer, 1964) утверждает, что многие симптомы психологических проблем – такие, как уход в себя, переедание или злоупотребление спиртным, прием наркотиков, боль в желудке или головная боль – могут объясняться стремлением укрыться от боли, с которой сопряжено признание неприглядных сторон своей личности. По Моуреру, чувство одиночества, ощущение вины или депрессия – все это следствия сокрытия правды о себе. Моурер полагает, что действенность исповеди у католиков можно отчасти объяснить благотворными последствиями самораскрытия. В процессе такого самораскрытия «грешники» могут освободиться от чувства вины за реальный или воображаемый проступок. Моурер перенес ритуал исповеди непосредственно на занятия в группах встреч.

Разными путями группы встреч приводят участников к мысли о возможности раскрытия не перед «профессионалами» – священником, врачом, адвокатом или психотерапевтом, к которым принято обращаться в трудные минуты жизни, а перед партнерами по группе (Egan, 1970). Без сомнения раскрывать себя перед всеми подряд тоже не следует. Хотя большинство людей в группах встреч начинают понимать, что их привычная замкнутость и отчужденность от друзей и знакомых превосходит меру необходимого, внезапное самораскрытие может ошеломить других и быть расценено, как безосновательное требование рассказчика уделить внимание его персоне.

Для описания открытого и честного общения, которое играет центральную роль в эффективно действующих группах встреч, целесообразным будет прибегнуть к экзистенциальному понятию аутентичности.

(Аутентичность подразумевает соответствие реалиям). По Мэдди (Maddi, 1967, p. 315), отчужденная личность нечетко ощущает собственное «Я» и склонна считать себя не более чем «исполнителем социальной роли и вместилищем биологических потребностей». В таком качестве человек может удовлетворять свои биологические потребности – пищевые и сексуальные – и иметь социально приемлемый, вызывающий одобрение фасад, но при этом игнорировать свои глубинные психологические потребности. Аутентичная же личность выражает себя спонтанно, естественно и открыто делится с группой своими мыслями. Короче говоря, аутентичная личность «подлинна» (Carkhuff and Berenson, 1977).

Разумеется, на риск быть «подлинным» и аутентичным можно пойти только в обстановке, которая внушает доверие. По Роджерсу (Rogers, 1970), актуальные чувства в отношениях между членами группы обычно не раскрываются до тех пор, пока они не пройдут через последовательные этапы группового процесса: фрустрацию из-за отсутствия структуры; сопротивление раскрытию и выражению эмоций; описание прошлых, ничем в данный момент не угрожающих ситуаций и чувств; выражение отрицательных эмоций с целью проверить, насколько группа заслуживает доверия, и, наконец, обращение к личностно значимым темам. Для того чтобы члены группы смогли приступить к исследованию в сущности неведомых им чувств – тех, которые прежде отрицались или оставались неосознанными, у них должно появиться ощущение безусловного положительного принятия со стороны других членов группы.

Самоосознание

Вторым элементом данного Шютцем определения встречи является самоосознание. Выражая свои мысли и чувства и получая на них обратную связь, члены группы обретают возможность взглянуть на себя со стороны. Их самоосознание растет по мере того, как они начинают узнавать свои сильные и слабые стороны. К членам группы приходит понимание тех паттернов их поведения, которые имеют саморазрушающий характер, а также того, как они сами влияют на других и как, в свою очередь, подвергаются чужому влиянию. Например, в группе можно исследовать неадекватные стили поведения при общении с лицами противоположного пола. Осознание себя ведет к углублению ощущения своего «Я», к развитию способности меняться в желаемом направлении.

Один из способов, посредством которых группы встреч способствуют достижению высокого уровня самоосознания, предусматривает конфронтацию. Конфронтация побуждает индивида к рефлексии, к размышлениям о своем поведении, к его анализу и пересмотру. Обычно конфронтация высвечивает противоречия между тем, как члены группы воспринимают сами себя, и тем, как воспринимают окружающие. В идеале конфронтация используется не просто для того, чтобы

выразить протест или дать выход враждебным чувствам. Конфронтация с кем-либо уместна только при намерении принять в этом человеке больше участия (Egan, 1975). Конфронтация между членами группы должна быть выражением их заинтересованности друг в друге. Конфронтация признана помогать каждому из участников в исследовании собственного поведения. При правильном применении конфронтация побуждает людей к изучению особенностей своей личности, а не принуждает к немедленному изменению поведения.

Чтобы сделать конфронтацию эффективной, надо иметь четкое представление о нуждах объекта конфронтации и степени его ранимости. Некоторые темы, например, секс, требуют особой деликатности. Однако есть группы встреч, в которых конфронтация намеренно проводится грубо и безапелляционно.

Одним из примеров подобных групп встреч являются сайнанон-группы, вызывающие весьма противоречивые реакции. Общие принципы работы этих групп были разработаны Чарльзом Дедериком, бывшим алкоголиком, который, не будучи профессионалом, пытался найти действенный способ избавления от наркомании. С этой целью Дедерик основал общину взаимопомощи. Община требовала, чтобы наркоманы, стремящиеся к избавлению от своей зависимости, жили в ее пределах и принимали активное участие в общинной лечебной программе. Правила общежития были здесь довольно строгими и включали полное воздержание от любых наркотиков, в том числе от алкоголя, выполнение домашней работы и посещение занятий в малых группах, не имеющих специально назначенных руководителей. Состав этих групп, именуемых в общине «сайнанонами», менялся по мере того, как одни члены общины подключались к ним, а другие уходили. Однако каждый член группы на протяжении довольно длительного периода времени был объектом пристального внимания. Группа вступала с ним в сильную конфронтацию с целью свести на нет все оправдания и уловки, с помощью которых закоренелые наркоманы обычно держатся за свой порок. Не получивший профессиональной подготовки, но зато обладающий соответствующим жизненным опытом бывший наркоман имеет в этом случае преимущество перед самыми искушенными специалистами, поскольку ему есть чем поделиться с другими членами группы.

Неподготовленному постороннему наблюдателю может показаться, что применяемая в сайнанон-группах техника конфронтации – это ничем не оправданные нападки и унижения. Однако уже адаптировавшиеся к ним участники видят в безжалостном перекрестном допросе самый эффективный способ преодоления эмоциональных блоков и изменения саморазрушительного образа жизни. Наркоманы постепенно начинают понимать, что в общине не станут потворствовать их пагубному пристрастию, скорее здесь будут опираться на их потенциальные возможности, чтобы помочь им найти жизнеутверждающие

альтернативы по уходу от стресса и тревоги в алкогольное или наркотическое оглушение. Сайнанон-группы не ограничивают свою деятельность только работой с алкоголиками и наркоманами (см. Casriel, 1963). Метод вербальной и даже физической конфронтации находит применение и в других группах встреч.

Еще один аспект самоосознания, включенный Шютцем в его определение встречи, – это осознание собственного тела. Многие руководители групп встреч стремятся к достижению равновесия между использованием словесных и физических упражнений. Осознание своего физического (телесного) «Я» и работа с ним в психотерапевтических целях основаны на посылке, согласно которой эмоции начинают находить выражение в позах, мимике и жестах (язык тела) задолго до того, как приобретает умение выражать их словами. Физические ощущения, сопряженные с такими чувствами, как спокойствие, напряженность, счастье или гнев, имеют очень глубокие корни. Члены группы, которые чувствуют, что жизненные обстоятельства «загнали их в ловушку», могут лучше понять себя и ощутить большее облегчение, если выразят свои проблемы физическими средствами – буквально вырываясь из рук тех, кто их при этом держит, вместо того, чтобы прибегать к словесным объяснениям, описаниям и причитаниям. Это не значит, что вербальное подтверждение эмоционального катарсиса вовсе не способно помочь, но для начала физические методы могут оказаться более эффективными. Акцент Шютца на важности осознания физического «Я» связан с его разочарованием в способности традиционных «разговорных» форм психотерапии создать основу для долговременных изменений личности.

Ответственность

Третьим элементом данного Шютцем определения встречи является *ответственность*. Психотерапия гуманистического направления характеризуется уважением к клиентам, отношением к ним как к личностям, которые способны измениться и в состоянии активно участвовать в процессе изменения. Предполагается, что члены группы должны отвечать за свое поведение в группе и в реальной жизни. Шютц приводит основополагающее правило работы групп встреч, которое заключается в том, что участники несут полную ответственность за демонстрируемое ими поведение. Он настаивает на том, что группа должна не потешно защищать участников, а побуждать их к реализации собственных ресурсов и развитию способности принимать решения. По мнению Шютца, аномальное и ограничительное поведение само по себе является свидетельством его отказа брать на себя ответственность за свою жизнь. Большинство руководителей групп встреч занимают по вопросу об ответственности менее радикальные позиции. Все согласны с тем, что одна из задач любой терапевтической системы состоит в расширении спектра возможностей, которые клиент воспринимает как доступные

для реализации в его жизни. Направляя членов группы на путь развития чувства ответственности, руководитель отказывается «спасать» их от чувства тревоги, которое неизбежно провождает процесс осознания себя. Однако руководитель может устанавливать ограничения, определяющие поведение членов группы.

Подчеркивая ответственность клиентов за результат терапевтического процесса, нельзя полностью отрицать и ответственность руководителя. Гельмут Кайзер, психотерапевт с психоаналитической подготовкой, находившийся в авангарде движения экзистенциальных групп, отмечал, что, после того как клиент признан излечимым, терапевт несет ответственность за развитие чувства ответственности и у самого клиента. Иначе говоря, как только руководитель группы решает, что данный человек может участвовать в групповой работе, он начинает нести ответственность за исход всех своих терапевтических воздействий. Руководители, которые отказываются принимать на себя ответственность за то, что происходит с их клиентами, вместо этого подчеркивают ответственность клиентов за сопротивление оказываемому на них давлению, тем самым отрицают свою роль в групповых взаимодействиях. Но ведь обычно руководитель группы является наиболее авторитетным ее членом, с которым стремятся взаимодействовать все остальные.

Эта ситуация наглядно обрисована в притче о трех мальчиках. Одного них зовут Терапевт, второго Осознание, а третьего Клиент. Все трое идут по улице. Терапевт толкает Осознание так, что тот натывается на Клиента и сбивает его с ног. Клиент обвиняет в своем падении Терапевта, но тот отрицает вину и все валит на Осознание. Мораль: так может вести себя только безответственный психотерапевт, утверждающий, что все отрицательные последствия лечения объясняются неспособностью клиента к развитию.

Внимание к чувствам

В свое определение «встречи» Шютц включил и *внимание к чувствам*. Центральное место среди задач любой группы встреч занимает обобщение представлений участников об эмоциональном потенциале человека. Возникающие у членов группы сильные чувства отражены в таких написанных под личным впечатлением книгах, как «Прошу коснуться» (Джейн Ховард, 1970) и «Подключение» (Рейзы Густатис, 1969). Уаркентин (Warkentin, 1969) считает, что наиболее существенным недостатком многих видов психотерапевтического воздействия является недостаточное напряжение чувств и неадекватное вовлечение клиента в терапевтический процесс. Выступая против такого положения дел, многие руководители групп встреч с целью усиления интенсивности и значимости аффективных переживаний заимствуют из гештальт-терапии и психодрамы экспрессивные приемы работ, ориентированные на развитие и осознание эмоций.

Прежде чем начать действовать с полной ответственностью, необходимо научиться отдавать себе отчет в своих чувствах. Внимательное отношение к чувствам и ощущениям в группах встреч – это попытка найти противовес тому, что многие воспринимают как характерное для технократической западной философии полностью расщепленное представление о мире. Способствуя осознанию и приятию глубинных чувств и переживаний, будь то радость, печаль, страх, гнев или сексуальные желания, группы встреч утверждают выражение чувств в качестве наиболее адекватной формы подлинных человеческих взаимоотношений. Путь к реализации такого идеала – снижение интеллектуальной психологической защиты, препятствующей эмоциональному инсайту. То, что происходит в группах встреч, помогает их членам углубить самоосознание и прийти к пониманию и уважению личных переживаний других. Группы встреч развивают способность к сопереживанию, близости, проявлению тепла не только в отношениях с партнерами по группе, но и с миром в целом.

«Здесь и теперь»

Последний элемент, который включен Шютцем в определение встречи, – это *принцип «здесь и теперь»*. Сосредоточенность на настоящем («здесь и теперь») взята за правило в группах встреч так же, как и в Т-группах и группах развития сензитивности. Такая позиция находится в контрасте с методами работы групп, обращающихся по большей части к полученному вне группы прошлому опыту. При разработке модели «основной встречи» Роджерс отошел от нацеленности исключительно на ощущение «здесь и теперь». Хотя Роджерс и предпочитает, чтобы члены группы выражали свои текущие реакции, он отнюдь не запрещает им обращаться к событиям прошлого (Rogers, 1970).

Группы встреч: психотерапия или развитие личности?

После подробного рассмотрения элементов, входящих в определение встречи, необходимо особое внимание уделить различию между психотерапией и развитием личности. Исходно группы встреч считались отличными от традиционных психотерапевтических групп не только по используемым методам и средствам, но и по целям. Например, если психотерапия всегда ориентирована на изменение поведения людей, имеющих невротические или психотические отклонения, группы встреч способствуют развитию личности и самореализации вполне нормальных людей. Струпп (Strupp, 1973) утверждает, что группы встреч в смысле ценностной ориентации фундаментально противоположны традиционной психотерапии. Струпп считает, что присущая группам встреч нацеленность на непосредственный аффективный опыт идет вразрез с установкой на достижение долговременных целей и является отражением того, что он называет *Zeitgeist*'ом (духом времени) Америки конца 60-х и начала 70-х годов. В этот период люди были разочарованы в скучных и утомительных процедурах

традиционной психотерапии и поэтому проявили повышенный интерес к возможности немедленного достижения счастья предлагаемой организаторами групп встреч, причем за относительно небольшие деньги.

Однако границы между психотерапией и деятельностью групп встреч не такие четкие, как может показаться на первый взгляд. Во многих психотерапевтических группах практикуются методы, которые характерны для групп встреч. Кроме того, психотерапевты в наше время уже не работают исключительно с «больными». Ощущение безрадостности жизни само по себе может служить поводом для обращения к психотерапевту. Поскольку симптомы поведенческих нарушений включают различные ограничения в поведении (независимо от того, интерпретируются ли они как попытка пациента взять под контроль свои антиобщественные наклонности или как его стремление подавить свои внутренние импульсы и неадекватные реакции на внешние раздражители), бывает трудно провести границу между применяемыми в группе воздействиями, которые направлены на устранение таких симптомов, и мерами, которые принимаются с целью стимуляции раскрытия творческого потенциала личности (Mintz, 1971).

Однако различия между группами встреч и традиционными психотерапевтическими группами все же существуют (Goldberg, 1970). Так, традиционная психотерапия – процесс длительный и непрерывный, а формам психологического воздействия, которые применяются в группах встреч и в других современных психокоррекционных группах, свойственна краткосрочность – часто курс обучения занимает лишь один день или уик-энд. Поэтому если индивидуальные цели в группах встреч и определяются, то это происходит в самых ранних стадиях группового процесса. В традиционной групповой психотерапии акцент делается на выяснении предыстории человека и на распознавании ограничений, которые присущи его личности. В группах встреч с их ориентацией на принцип «здесь и теперь» основное внимание уделяется выбору, который каждый участник делает в каждый текущий момент, и на ответственности участника за последствия своего выбора.

Кроме того, если традиционная психотерапия пытается помочь пациенту адаптироваться к обществу, то в группах встреч за каждым человеком признается право стремиться к радостной и наполненной жизни, к собственной «актуализации»; личность не обязана адаптироваться к требованиям общества, которые нередко бывают произвольными и душающими. Концепция «самоактуализации» была разработана Абрахамом Маслоу (Maslow, 1968), который считал, что любой здоровый человек, удовлетворив свои основные потребности в безопасности, принадлежности к группе, любви, уважении и самоуважении, обращается к развитию своего творческого потенциала. Ставший очень популярным кинофильм «Гарольд и Мод», в котором чудаковатая

старуха учит молодого человека с суицидальными наклонностями, как надо жить полной жизнью, прекрасно иллюстрирует значимость личностной актуализации и ее взаимосвязь с реалиями общества.

Руководитель группы встреч сам выступает в качестве модели личности, способной к самораскрытию и конфронтации. Такой подход отличается от традиционной психотерапии, где руководитель остается практически анонимным, стремясь быть «белым экраном», на который члены группы могут проецировать собственные потребности и ожидания. Модель поведения терапевта как открытой личности впервые упоминается в работах Карла Роджерса, который показал, что эмпатический, «прозрачный» для пациента психотерапевт может добиваться особенно впечатляющих успехов (Rogers, 1967). Роджерс утверждает, что искренний и заботливый психотерапевт умеет создать атмосферу безусловного принятия, в которой пациент буквально расцветает уже за счет собственных сил. Тенденция руководителей свободно делиться в группе всеми своими мыслями и чувствами принимает крайнее выражение в группах экзистенциальной терапии, где руководители считаются «самыми искушенными пациентами» (Warkentin, 1969).

Наконец, традиционные психотерапевтические подходы в большей или меньшей степени интеллектуально ориентированы, предпочтение в них отдается «разуму», а не телу. А в группах встреч подчеркивается важность тела и соматических ощущений. (Есть ирония в том, что обучение психиатрии, которое начинается с изучения физиологии человеческого организма, далее становится все более антисоматическим и антиэротическим.)

Основные процедуры

Есть много общего в характеристиках работы во всех группах встреч. Несмотря на свои индивидуальные особенности, руководители таких групп руководствуются основными принципами организации групп встреч, рассмотренными выше. Руководители стремятся к тому, чтобы члены группы пережили значимый эмоциональный опыт. Для этого руководители используют целый комплекс технических приемов и упражнений [19].

Поскольку продуктивной работе в группе может препятствовать страх, руководители обычно стремятся создать в группах атмосферу доверия и близости, для чего демонстрируют собственную способность доверять и идти на риск. Руководители представляют относительно небольшое количество дидактической и теоретической информации. Будучи профессионалами в вопросах групповой динамики руководители выявляют области конфликтов, противоречий или уязвимости и концентрируют на них внимание членов группы с целью побудить их к дальнейшему исследованию собственных чувств. Опытный руководитель знает, когда надо подтолкнуть участников или вступить с ними в конфронтацию, а когда – ограничить, чтобы члены группы могли

сохранить свою личностную целостность. Вмешательство руководителя должно быть направлено как на развитие межличностных взаимодействий, так на исследование сопротивления отдельных участников.

Обычно членов группы просят соблюдать некоторые основные правила: общаться открыто и честно; обращать пристальное внимание на свои соматические ощущения; концентрироваться на чувствах, а не на идеях, и придерживаться, насколько это возможно, принципа «здесь и теперь», то есть не апеллировать прошлым впечатлениям и не быть излишне рассудочным (Schutz, 1967). Как правило, членов группы информируют о том, что они сами несут за себя полную ответственность и что опыт, который они получают в группе, будет зависеть от их личного выбора. Такие средства снятия напряжения, как кофе или сигареты, в большинстве групп исключают, чтобы побудить участников набраться смелости и выявить причины испытываемого ими дискомфорта.

Большинство предлагаемых руководителем упражнений помогают членам группы эмоционально познать самих себя, а иногда даже способствуют катарсису, вслед за чем участники получают возможность понять произошедшее с ними на сознательном уровне. Виды предлагаемых упражнений зависят от состава группы и стадии развития группового процесса.

Установление контакта

На ранних этапах существования группы ее члены направляют свои усилия, прежде всего, на установление доверительных межличностных отношений, адаптацию к групповой обстановке, уменьшение напряженности и неопределенности. Члены группы стремятся к тому, что Шютц (Schutz, 1958) называет «включением», – они хотят ощущать свою принадлежность к группе и иметь удовлетворительные отношения с другими ее членами. При первой встрече участникам можно предложить представиться под псевдонимами, которые говорили бы о них больше, чем их настоящие имена. В другом случае членов группы можно попросить для первого знакомства разбиться на пары или небольшие группы и обменяться своими первыми впечатлениями. Некоторые упражнения предусматривают поддержание молчаливого визуального контакта, другие – ощупывание рук и лица партнера. Хотя такие приемы у большинства людей поначалу вызывают испуг, они помогают «растопить лед, перешагнуть через условности и создать ощущение непосредственного участия в происходящем».

Часто началу работы в группе предшествуют физические упражнения, которые призваны зарядить участников энергией и сломать имеющиеся между ними психологические барьеры. Можно попросить членов группы сделать не-сколько глубоких вдохов в унисон или вместе попрыгать, покричать и т.п.

Создание доверительной обстановки

Ощущение изолированности от группы характерно для тех ее членов, которые и в реальной жизни не доверяют другим и испытывают тревогу от перспективы поделиться с окружающими своими переживаниями. По мере того как взаимное доверие укрепляется, а раскрытие друг перед другом становится более полным, участники начинают лучше осознавать существующее между ними сходство, тогда как прежде они замечали только различия. Для работы с таким параметром отношений, как взаимное доверие, существует множество специальных приемов. Развитию общительности способствует спонтанный обмен чувствами и впечатлениями, однако часто для этого более полезной оказывается трансформация недоверия к другим и неприятия других в физическую активность. Одно из обычных упражнений, выполняемых с этой целью, носит название «прорвись в круг». Члены группы, взявшись за руки, образуют замкнутый круг. Участнику, испытывающему чувство изоляции, предлагается прорваться внутрь круга. Остальным не следует поддаваться сразу – прорывающийся участник должен понять, что ему необходимо приложить определенные усилия для того, чтобы стать полноправным членом группы. Такой опыт обычно бывает более значимым, чем разговоры об отверженности. Точно так же, с целью помочь участнику избавиться от чувства зависимости и ощущения слабости, можно предложить ему вырваться из круга. Широко известен прием, с помощью которого каждый может осознать, что для него лично значит доверие. Он называется «доверительное падение». Члены группы разбиваются на пары. Один из выполняющих упражнение начинает из положения стоя с закрытыми глазами отклоняться назад, уповая на то, что, когда он станет падать, его поддержит партнер. Тот в свою очередь пригибается или наклоняется, чтобы подхватить падающего только у самого пола. Падающий участник должен обратить внимание на свои чувства перед падением и во время падения. Другие члены группы следят за тем, чтобы он не подстраховал себя каким-либо образом. Некоторые люди с легкостью поручают ловить себя любому. Другим бывает трудно довериться кому бы то ни было. Для них это упражнение становится травмирующим испытанием, которое будит множество чувств, связанных с проблемой доверия.

Изучение конфликтов

Конфликты в группе нередко возникают тогда, когда участники делятся своими чувствами и переживаниями. Некоторые виды конфликтов связаны с лидерством или доминированием, такие конфликты Шютц (Schutz, 1958) расположил по «оси контроля». На определенной стадии группового процесса на первый план выходят соревнования и явное соперничество. При вербальном исследовании подобных конфликтов руководитель может призвать членов группы к их

обсуждению, побуждая участников высказываться честно и слушать друг друга внимательно. Конфликты можно изучать и на уровне физического взаимодействия. Соперничество и враждебность между членами группы, которые пререкаются до бесконечности, но избегают физических действий, могут найти выход в рукопашной (такая мера может принести немало пользы некоторым супружеским парам). Конечно, в подобных случаях руководитель должен принять меры предосторожности, например, убрать из помещения все опасные предметы, и ввести некоторые ограничения, например, установить запрет на нанесение ударов кулаками.

Элизабет Минц, психотерапевт, которая в своей работе совмещает технические приемы групп встреч и теорию психоанализа, отмечает, что в психокоррекционных группах физические действия чрезвычайно редко приводят к травмам. Сама она при работе с конфликтными ситуациями пользуется так называемой техникой «рукопожатия». Это упражнение может быть весьма полезным для тревожно настроенных членов группы, которые подавляют свои сильные эмоции по отношению к какому-либо персонажу из прошлого. Минц предлагает такому клиенту закрыть глаза и положить ладонь на ее сцепленные руки. Затем она начинает играть роль того самого персонажа (часто это бывает мать клиента), для чего имитирует его речь при обращении к клиенту. Минц предлагает человеку говорить ей все, что придет в голову, одновременно жать на ее руки, чтобы выразить свои чувства. Такая комбинация физических и вербальных средств выражения переживаний приводит к нарастанию сдерживаемых чувств, которые, в конце концов, прорываются. Часто клиент испытывает сильнейшее чувство гнева, за которым следует полное эмоциональное облегчение. После того как человек извлек впечатления детства из глубины души и освободился от них, можно завязать с ним разговор о пережитом, чтобы помочь ему усвоить полученный опыт на сознательном уровне. Присутствие при этом других членов группы создает атмосферу поддержки, способствует разрядке. Опытный психотерапевт знает, когда следует прервать такие упражнения, а когда можно их продолжить, четко различая состояние вполне предсказуемой тревоги, сопряженной с исследованием человеком новых территорий в собственной душе, и состояние, когда он достигает пределов того, что может перенести.

Изучение сопротивления

Иногда члены групп встреч оказывают сопротивление или упорствуют в защите своих обычных, ограничивающих их возможности форм поведения. В таких случаях руководитель группы может с помощью косвенных методов исследовать это сопротивление и в мягкой форме предложить упорствующим пойти на риск и продолжить совместную групповую работу. Один из подобных методов заключается в следующем.

Члена группы просят подумать о чем-нибудь сугубо личном, чем ему трудно поделиться с другими. После этого ему предлагают представить себе, что он все же делится секретом с кем-либо в группе, и затем предположить, какой может быть реакция партнера. Таким образом, человек фактически сообщает личные предположения относительно реакции на свой секрет, а не сам секрет. Подобный эксперимент способствует установлению обратной связи с другими членами группы, а также становится первым шагом к достижению упорствующим участником большей открытости.

Фантазии также могут оказаться полезными. Они помогают открыть дверь в бессознательное, преодолеть сопротивление, которое создается сознательным эго. Например, клиент может испытывать сильное затруднение при попытке восстановить в памяти какую-либо информацию или ответить на вопрос руководителя группы. Однако, если клиент представит, что вопрос задает не руководитель, а мудрый старец, ответ может быть найден с большей легкостью.

Одним из любимых приемов Шютца, использующих воображение, является техника «направленного фантазирования». При выполнении этого упражнения руководитель предлагает члену группы какой-либо отправной образ.

Участник закрывает глаза и начинает фантазировать. Вариантом таких упражнений могут быть фантазии на тему тела: члены группы с закрытыми глазами лежат на спине и совершают воображаемое путешествие по своему телу, зрительно представляя внутренние органы, анализируя свои наблюдения и при этом отдавая себе полный отчет в своих чувствах и реакциях. Если «путешественник» пугается или сопротивляется дальнейшему движению, или его останавливает какое-либо препятствие, руководитель ободряет его и призывает продолжить путешествие. Фантазии на тему тела провоцируют выражение эмоциональных конфликтов в символической форме. Это бывает особенно полезно в тех случаях, когда есть необходимость получить какие-либо сведения о бессознательных аспектах личности участника, но его сопротивление ограничивает применение прямых подходов. Например, человек, страдающий от постоянных спазмов в желудке, может «отправиться» в область своего живота и обнаружить, что причиной тому является подавляемое чувство одиночества или какие-либо препятствия для установления контакта с другими. После выполнения подобного упражнения клиента можно попросить дать краткий отчет о своих впечатлениях, чтобы он мог лучше уяснить значение полученного опыта на сознательном уровне.

Приемы работы в группах, включающие фантазирование, могут быть структурированными или неструктурированными. В последнем случае руководитель может предложить нескольким участникам улечься наподобие спиц в колесе, головами к центру круга, и обмениваться спонтанно возникающими фантазиями, чередуясь так, чтобы

процесс был непрерывным. В случае структурированного фантазирования члены группы могут получить задание выбрать животное, с которым можно было бы себя идентифицировать, или представить витрину антикварной лавки и выбрать там какую-нибудь вещь для себя.

Сочувствие и поддержка

Некоторые приемы работы в группах встреч направлены на создание атмосферы сочувствия и поддержки, особенно на заключительных стадиях группового процесса, когда все большее значение приобретает аффективная сфера (Schutz, 1958). Уровень эмоциональности в отношениях между участниками растет, и, соответственно, все более актуальными становятся проблемы взаимности, близости, личных склонностей. Обычно руководитель призывает членов группы проявлять сдержанность в их стремлении защищать друг друга в случаях, когда исследование новых переживаний и впечатлений приобретает рискованный характер. Потребность дружески потрепать по плечу или ободрить словами партнера, который, по всей видимости, испытывает душевную боль или внутренний конфликт, в большей степени может отражать беспокойство самого помогающего, чем действительную необходимость оказания поддержки. Однако когда целенаправленная конфронтация руководителя с клиентом подходит к концу, поддержка со стороны группы может оказаться вполне уместной. Некоторым бывает очень трудно попросить о поддержке принять ее. Многие воспитаны так, что от комплиментов краснеют, а проявления заботы со стороны других отвергают («Пустяки. Право же, не стоит внимания!»). Бывает так, что группа без всяких побуждений со стороны руководителя буквально забрасывает одного из своих членов проявлениями участия.

С целью оказать поддержку члену группы руководитель может также предложить физические упражнения. Например, группа собирается вокруг какого-либо участника, стоящего с закрытыми глазами в центре, и толкает его туда, сюда. Выбранный участник при этом должен расслабиться и рассчитывать только на поддержку других, чтобы не упасть. В другом варианте этого упражнения участник, закрыв глаза, ложится на пол, а другие члены группы приподнимают его, раскачивают, подбрасывают, а потом осторожно опускают на пол.

Упражнения, которые предусматривают прикосновения, можно предложить группе в любой момент занятий. Однако в начале работы тесные физические контакты могут стать препятствием для подлинной близости.

Разнообразие групп встреч

Формы работы в группах встреч могут быть самыми разными. Некоторые группы встречаются регулярно, а есть «марафонские» груп-

пы, где встречи бывают редкими, но долгими – весь день или круглые сутки с небольшими перерывами для отдыха и сна. Марафон – это экстремальный вариант групповой работы, предложенный Фредом Столлером (Stoller, 1972), Джорджем Бахом (Bach, 1966), работавшими в психоаналитически ориентированных группах, где экспериментировали с различными нетрадиционными терапевтическими методами. «Марафонские» группы придерживаются основных принципов работы групп встреч, но в них с большей легкостью создается атмосфера открытости и взаимного доверия. Кроме того, при длительной работе каждый член группы может получить внимание, так что даже тот, кто во время коротких групповых сеансов склонен пассивно самоустраняться, в «марафонских» группах вступает в конфронтацию и вовлекается в работу группы. Трудно остаться незаметным для людей, с которыми на протяжении дня или двух постоянно сталкиваешься нос к носу! Более того, длительные занятия позволяют подробно обсудить чувства членов группы, поэтому участники получают возможность полностью разобраться со своими проблемами. Неизбежная при недостатке сна и продолжительном эмоциональном напряжении усталость ослабляет психологическую защиту и повышает склонность к риску. Однако вызывает сомнения способность утомленных людей обобщить полученный в группе опыт и внести существенные изменения в свою повседневную жизнь. Снижение уровня психологической защиты действительно может способствовать ломке ригидных схем поведения и выявлению слабых сторон личности, но для того чтобы воспринять и усвоить полученный опыт, требуется определенная работоспособность. Более того, сохранение некоторых защитных реакций необходимо, так как суждения уставшего человека могут быть не вполне верными по причине неполного осознания им собственных потребностей. В настоящее время при проведении «марафонских» занятий все эти обстоятельства в большинстве случаев учитываются. Такие занятия проводятся с перерывами на отдых, а не превращаются в нон-стоп.

Еще один важный теоретический вопрос касается различий между психотерапией и развитием личности. Психокоррекционные встречи нацелены на развитие нормальной личности, на достаточно быстрое получение результата. Самораскрытие требуется не только от участников, но и от руководителя группы. Хотя все это и идет вразрез с установками традиционной психотерапии, в целом различия между развитием личности и психотерапией не столь уж и четкие. Повышение уровня самоосознания, достижение радостного мировосприятия, а также развитие эмоционального потенциала являются общими задачами как для психически больных, так и для относительно здоровых лиц.

ГЛАВА 8. ГРУППЫ САМОПОМОЩИ В ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

В последнее время все активнее и активнее проводится модификация технологий реабилитации различных категорий инвалидов. Особое внимание уделяется методикам и подходам, направленным на максимальную активизацию самого человека с ограничениями жизнедеятельности и членов его микросоциального окружения. Другими словами, на первый план выходят следующие задачи:

1. Четкое определение реабилитационного потенциала человека и его резервных (потенциальных) возможностей, то есть использование реабилитационного механизма компенсации на всех уровнях. Данное обстоятельство объясняется тем, что восстановление нарушенных функций у человека медицинскими силами и средствами чаще всего в значительной мере ограничено характером развившегося заболевания, степенью морфо-функциональных нарушений и отрезком времени, прошедшим после начала заболевания. Так, например, при инсульте восстановление нарушенных двигательных, сенсорных, высших психических и др. функций особенно активно происходит в первые три месяца. В дальнейшем активность восстановления снижается, однако в течение первых шести месяцев и даже до одного года могут происходить достаточно значительные позитивные изменения. По мнению ряда авторов, позитивные восстановительные сдвиги могут наблюдаться и в период от одного года до двух лет (период последствий инсульта), однако их степень носит минимальный характер. Так или иначе, наступает период, когда у человека, перенесшего серьезное заболевание, которое оставило после себя надолго значительные функциональные нарушения, формируется дефект (парез, паралич, слепота...), который не поддается восстановлению медицинскими мерами. В данном случае медицинские мероприятия направлены на поддержание нормального общего функционального состояния (поддерживающая терапия).

Наряду с этим, человек продолжает жить в обществе, у него остаются прежние планы, жизненные цели и стремление выполнения прежних социальных ролей. С учетом развившегося дефекта здоровья ему становится сложнее все это реализовать. Он просто не знает, как жить в новом для него физическом состоянии. Поэтому главное в жизни человека – это реализация себя как личности, и, соответственно, реабилитационная потребность заключается в социальной реабилитации личности. Таким образом, из вышесказанного вытекает вторая задача –

2. Диагностика особенностей личности инвалида и, в частности, типов реагирования его на болезнь и состояние, связанное с нарушениями и дефектами здоровья. При планировании и проведении реабилитационных мероприятий необходимо четко отслеживать каскад патологических, психологических нарушений, являющихся реакцией или следствием основной проблемы, а также динамику переживания нового, непривычного состояния.

Чаще всего значимые психологические нарушения зависят не от того, какой физический, сенсорный или другой дефект у человека, а от того, как он его оценивает, и насколько он значим на уровне собственного сознания. Можно быть абсолютно адаптивным, сидя в инвалидной коляске, и даже управлять страной (президент США Рузвельт), а можно войти в минимальный недуг и ощущать себя ненужной «развалюхой».

Таким образом, следующей задачей является диагностика или изучение интегрального показателя благополучия и адаптивности человека, это –

3. Изучение динамики качества жизни. Данный показатель показывает нам не объективную оценку состояния каких-либо систем органов или сфер жизни человека, он характеризует субъективное ощущение человеком себя в этих сферах. Данный показатель может изменяться независимо от изменения физического состояния человека.

Это объясняется тем, что показатель качества жизни в значительной степени зависит от социальных, средовых, экономических, психологических и др. параметров жизни конкретного индивида. В связи с этим для более полной оценки возможностей человека с ограничениями жизнедеятельности вследствие дефектов здоровья целесообразна реализация четвертой задачи –

4. Проведение исследования степени ограничения критериев жизнедеятельности, особенно в отношении возможной активности человека и участия в общественной жизни. Данное исследование показывает, насколько социально значимы для данного человека его функциональные нарушения, и выделяет основные ограничения критериев жизнедеятельности, формирующие в последующем социальную недостаточность. Зачастую при составлении индивидуальных программ реабилитации мы сталкиваемся с ситуациями, когда видимые, значительные ограничения, например, в сфере передвижения, при использовании адекватных технических средств реабилитации влияют на формирование социальной недостаточности значительно меньше, чем нарушения общения или возможности трудовой и профессиональной деятельности, определяемые социально-средовыми барьерами.

Безусловно, следующей задачей является составление комплексной программы реабилитации для человека, попавшего в затруднительную жизненную ситуацию вследствие дефектов здоровья.

5. Комплексная программа реабилитации должна быть нацелена, насколько это возможно, на нормализацию социальной, профессиональной ситуации данного человека. При составлении индивидуальных программ реабилитации мы всегда учитываем все основные принципы: раннее начало, преемственность фаз, комплексность реабилитационных подходов, непрерывность и т.д. Безусловно, это правильно, однако при составлении ИПР мы ориентируемся на какой-то конкретный отрезок времени стационарного или амбулаторного этапов и совершенно выпускаем из виду значительный временной период, необходимый для полной успешной микро- и макросоциальной адаптации в привычных, на первый взгляд, но новых в связи с новым функциональным статусом социальных, бытовых, средовых условиях. В связи с этим человек с ограничениями жизнедеятельности, получив в стационарных или амбулаторных реабилитационных учреждениях рекомендации по дальнейшей социальной адаптации, не может их адекватно использовать и остается зачастую один на один со своими проблемами.

Данное обстоятельство определяет актуальность разработки и внедрения новых технологий и подходов в социальной реабилитации данной категории лиц. Речь идет о технологиях, способствующих мягкой адаптации человека в обычных, привычных для него условиях: дома, на работе, в общении с друзьями и т.д. С этой целью на базе территориальных центров социального обслуживания населения созданы отделения дневного пребывания инвалидов. Технологии работы данных отделений нацелены на разнообразную помощь инвалидам в их социальной адаптации, занятости, налаживании контактов, общения и т.д.

Одним из реабилитационных подходов, которые могут внедряться в данных отделениях, является организация групп самопомощи инвалидов. Опыт применения данного подхода в рамках совместного проекта ОО «Белорусская ассоциация социальных работников» и Паритетного благотворительного союза Баварии «Создание и объединение в сеть трех центров поддержки групп самопомощи инвалидов», который реализован в 2006-2008 гг. при финансовой поддержке Фонда «Акция – Человек», Германия, показал достаточно высокую степень эффективности. Включение инвалидов в группы самопомощи явилось, в ряде случаев, логичным мягким завершением предыдущих этапов реабилитации, в некоторых случаях – хорошим дополнением к стандартным индивидуальным программам реабилитации, позволившим социализировать результаты медицинской, психологической и др. реабилитационной помощи.

В процессе внедрения технологии работы групп самопомощи инвалидов в деятельность отделений дневного пребывания инвалидов ТЦСОН нами проведено динамическое наблюдение за изменением характеристик социального статуса, типа отношения к болезни или ее последствиям, а также интегральных показателей качества жизни инвалидов.

Так, исследование качества жизни инвалидов, посещающих группы самопомощи, проводилось по методике NAIF двукратно [18]. Первый раз исследование проводилось при включении человека в группу самопомощи, а вторично – через шесть месяцев его работы в группе. В исследовании приняли участие 52 человека, регулярно посещающие встречи групп самопомощи инвалидов при ТЦСОН г. Солигорска, Вилейского и Дзержинского районов.

Изменение качества жизни у инвалидов в процессе работы в группах самопомощи

Категории качества жизни	Показатели перед включением в работу группы самопомощи		Показатели после шести месяцев работы группы самопомощи		p
	M±m	σ	M±m	σ	
Физическая мобильность	0.45±0.020	0.14	0.55±0.02	0.15	***
Эмоциональное состояние	0.52±0.026	0.18	0.62±0.027	0.19	**
Сексуальная функция	0.57±0.024	0.17	0.60±0.026	0.19	
Социальная функция	0.40±0.021	0.15	0.58±0.020	0.14	***
Познавательная функция	0.56±0.022	0.16	0.57±0.032	0.23	
Экономическое положение	0.43±0.034	0.25	0.47±0.036	0.26	
Интегральный показатель	0.49±0.014	0.10	0.58±0.012	0.09	***
p < 0,05	*				
p < 0,01	**				
p < 0,001	***				

Как видно из таблицы, работа групп самопомощи оказалась достаточно эффективной. Достоверное изменение интегрального показателя качества жизни с 0,49 до 0,58 ($p < 0,001$) зависело от таких категорий, как физическая мобильность ($p < 0,001$), эмоциональное состояние ($p < 0,01$) и социальные функции ($p < 0,001$). Изменение именно этих категорий хорошо понятно и объяснимо. Так, изменение уровня физической мобильности (с высокой степенью значимости) объясняется тем, что люди получили мотивацию к расширению контактов, стремятся к встречам и совместному изменению обстановки. Физические ограничения, первично игравшие значительно сдерживающую роль, постепенно отходили на второй план. Люди совместно находили способы компенсации данных физических ограничений, что, как видно из таблицы, им в значительной мере и удалось.

Достаточно высокой степенью достоверности обладали изменения в эмоциональном статусе членов группы, что связано с появлением

уверенности в собственных силах и ощущением поддержки со стороны товарищей и специалиста, модерлирующего группу и осуществляющего всяческую профессиональную поддержку. Нужно заметить, что специалист по социальной работе, модератор группы, использующий профессиональные психологические, психотерапевтические подходы, воспринимается как равноправный член группы, только обладающий большим опытом в решении возникающих проблем.

Изменение состояния социальных функций также характеризовалось высокой степенью значимости и коррелировало с позитивными изменениями объективного социального статуса $R = 0,57$ ($p < 0,01$). Данное обстоятельство объясняется тем, что люди, имеющие схожие проблемы, пытались их решать в одиночку и зачастую не находили подходящих путей. Кроме того, ответы на возникающие вопросы в отношении способов расширения рамок независимости получались от специалистов сугубо медицинского или психологического профиля, которые, как правило, носили общий характер, без учета особенностей конкретного человека. В группах самопомощи появилась возможность обмена опытом по конкретным моментам, способам, методам решения абсолютно конкретных задач, в одинаковой степени интересующих всех членов группы.

Наряду с высоко значимыми изменениями вышеперечисленных категорий качества жизни наблюдалась позитивная динамика и в других показателях, однако, не имеющая высокой значимости различий (см. рисунок).



Рис 8.1. Изменение показателей качества жизни у инвалидов в процессе работы в группах самопомощи.

Хочется проиллюстрировать вышеизложенный материал несколькими отзывами людей, посещавших группы самопомощи.

Таня П. (группа для людей с ослабленным зрением):

«До создания группы самопомощи я находилась дома. Не работала. Круг общения был очень узок. Занималась в основном вышивкой. Но когда создалась группа самопомощи, многое изменилось. Вообще приобрела больше друзей. Расширился кругозор общения, впечатления

о группе самые хорошие. Стали обсуждать много общих вопросов на разные темы. Одиночество меня покинуло. На встречу с друзьями идешь очень охотно, т.к. хочется много чего рассказать. С созданием группы я приобрела работу, за которую благодарна. А также почувствовала, что нужна я людям. Изменились интересы к жизни в лучшую сторону. Стала в себе более уверенной. Хотелось, чтобы и дальше мы встречались и обсуждали больше вопросов, проводили больше мероприятий к разным праздникам».

«Зовут меня Сергей, мне 31 год, я являюсь инвалидом 2-ой группы. Группу инвалидности я получил недавно. До этого я учился в школе, после школы закончил училище, работал на производстве 8 лет. Мой лечащий врач порекомендовал мне обратиться в Центр социального обслуживания. Он рассказал мне, что там есть группа самопомощи из числа таких ребят, как я. Так я начал посещать группу самопомощи. В группе я нашел друзей, у которых учусь справляться с житейскими проблемами. Нам очень помогает Наталья Игоревна (специалист по социальной работе), она ведет нашу группу, рассказывает о растениях, о правилах этикета и многом другом. Я посещаю группу уже почти два года. За это время я приобрел много друзей, стал увереннее в себе. Сейчас я не чувствую себя инвалидом».

«Меня зовут Дима, мне 33 года. Я проживаю один, так как родители мои умерли. Мне помогает моя тетья. Раньше в моей жизни ничего существенного не происходило, я окончил среднюю школу и получил 2 группу инвалидности. Это остановило меня, я не пошел учиться дальше, не было ни от кого поддержки, друзей у меня не было.

Сейчас, когда я стал посещать группу самопомощи, я стал более крепощенным и мне очень нравится туда ходить. Я уже хожу в группу второй год. Я приобрел друзей и мне нравится делиться с ними своими мыслями и проблемами. Научился ухаживать за цветами, а недавно стал посещать швейную мастерскую, надеюсь приобрести там новые навыки».

Ольга С.:

«Я очень веселый и жизнерадостный человек. Я люблю музыку, мечтать. Я никогда не приму слово «инвалид». От него веет безнадежностью. Я могу смело сказать, что я знаю цену жизни и никогда не сдаюсь в трудных ситуациях. Я – сильный человек, хоть и слабая женщина.

Моя жизнь – это глина. Но не всегда получается вылепить то, что мне хочется. Но главное что-то делать для этого, не сидеть и воображать, что тыква по взмаху волшебной палочки превратится в карету. Я не утверждаю, что чудес не бывает, но они не происходят сами по себе – мы их делаем самостоятельно. Ведь счастливец отличается от неудачника тем, что он берется за трудное дело в 20 раз чаще. А с 50 раза даже мазила попадет, нужно только иметь терпение и упорство. И этому я научилась в группе самопомощи, которую с большим удовольствием посещаю. Я поняла, что нужно любить себя и все вокруг и стремиться к чему-то.

Есть такая сказка, которая помогает мне верить в себя. Две лягушки попали в банку с молоком; одна бултыхалась, бултыхалась и подумала, что незачем бороться, что она все равно погибнет, остановилась и утонула. А другая боролась до последнего. Она так сильно барахталась, что молоко превратилось в масло, и лягушка выбралась на волю. Поэтому нужно только верить.

В группе я нашла новых друзей и людей, которые понимают и поддерживают меня. И я знаю, что мечты сбываются и все возможно...»

Татьяна С.:

«Страшное понятие – одиночество. Для кого-то это путь к познанию мира и совершенству, а для кого-то наказание и страдание, как для меня, например.

Для меня самым важным фактором в жизни является общение с людьми. Самостоятельность для меня тоже многое значит, что к моему мнению прислушиваются окружающие, я не чувствую себя изгоем. Я не люблю, когда ко мне испытывают жалость. Мне нужно понимание и равноправие. Благодаря созданию группы самопомощи у меня появилась возможность быть услышанной и в чем-то полезной обществу. Здесь я чувствую себя человеком, потому что нахожусь среди таких же больных, как сама. У нас своя компания и свои интересы. У меня есть два правила, которые я для себя определила: первое – ты такой же нормальный человек, как и любой другой на планете; второе – поскорее запомни первое».

Александр М.:

«Сейчас я совершенно самодостаточная личность – молодой человек, живущий в нормальной семье, где царит любовь и понимание и где, естественно, есть проблемы, которые решаются по мере возможностей. С недавнего времени работающий. А что касается жалоб на жизнь... У кого их нет? Просто мне немножко тяжелее, чем другим.

Может быть, людям, находящимся в физическом положении, подобном моему, лучше сидеть в заточении в четырех стенах, но не для меня.

Посещая группу самопомощи, я многое для себя понял. Есть такие люди (алкоголики, наркоманы), у которых руки и ноги здоровые, но их жизнь бессмысленна, а я – хоть и инвалид, – выше их, моя жизнь прекрасна и имеет смысл. Я могу жить, как все нормальные люди, а мои физические недостатки мне совсем не мешают. Я хочу быть независимым человеком и уверен в том, что этого добьюсь. Кроме того, у меня появились новые друзья, к которым я могу обратиться в любую минуту за помощью».

Таким образом, подводя итоги изложенного теоретического материала и результатов исследования, можно сделать следующие выводы:

1. В процессе своей деятельности группы самопомощи решают такие задачи, как:

- осуществление взаимной поддержки;
- обмен жизненным опытом;
- обмен информацией;

-
- обмен индивидуальными способами выхода из затруднительных жизненных ситуаций;
 - совместное получение информации и помощи от специалистов по типичным вопросам, волнующим членов группы.

2. Работа в группах самопомощи способствует формированию позитивной мотивации на реабилитацию и приоритетный выбор последней перед пенсионированием.

3. Основными этапами становления группы являются:

1 – Становление – начальная стадия, на которой люди знакомятся друг с другом, определяют свои цели, формулируют основные принципы своей работы, начинают доверять друг другу.

2 – Смятение – конфликтная стадия, на которой группа вырабатывает модели взаимоотношений и определяет направления деятельности. Это трудная фаза, в случае неудачи группа может распасться.

3 – Сплочение – на этом этапе группа становится более сплоченной, что характеризуется одобрением людей друг друга, распределением ролей, групповой гармонией.

4 – Собственно работа – на этой стадии своего существования группа, как правило, хорошо работает, что проявляется в эффективном решении проблем, подвижности ролей, благополучном разрешении конфликтов.

5 – Роспуск – на данной стадии группа завершает свою работу, члены группы осознают достижение поставленных целей и признают необходимость завершения групповой работы. Люди оценивают свои успехи и неудачи, получают обратную связь по поводу значения группы для других людей, обсуждают возможность возобновления работы группы в будущем, выражают свое отношение к роспуску группы, отмечают завершение работы и прощаются.

4. Квалификационная характеристика специалиста по социальной работе, осуществляющего модерацию групп самопомощи, должна включать знания, умения и навыки по следующим дисциплинам, в настоящее время вошедшим в стандарт специальности «Социальная работа»: различные виды психологических дисциплин, в т.ч. медицинская психология – знание типов реагирования человека на болезнь или ее последствия; психотерапия – особенно важно знание принципов формирования, закономерностей и этапов развития малых групп, а также психотерапевтических подходов работы с ними; основы медицинских знаний – особенно важно знание принципов формирования медико-социальных последствий в результате основных инвалидизирующих заболеваний; социальной экспертизы и методик исследования в социальной работе – важно умение исследования социального статуса клиента, степени ограничений различных критериев жизнедеятельности, качества жизни и т.д., реабилитологии – особенно принципов составления и реализации индивидуальных программ реабилитации различных категорий инвалидов и т.д.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Состояние здоровья, функциональные возможности и качество жизни – это три понятия, которые чаще всего объединяют термином «Здоровье». Определение границ здоровья (отрицательных в момент смерти, положительных в момент счастья, деятельного состояния) зависит от того, кто оценивает здоровье: пациент, лечащий его врач или посторонний наблюдатель – исследователь. Последнее время в зарубежной литературе все чаще употребляют сочетание – здоровье и его влияние на качество жизни (Health – related quality of life – HRQL). Это связано с тем, что, как правило, в широком смысле слова нельзя ограничиваться одним словом «Здоровье», так как необходимо учитывать одновременно и уровень доходов, позволяющий поддерживать определенный уровень здоровья; свободу перемещения, которая зависит от состояния здоровья; качество окружающей среды, которая может губительно или благотворно влиять на здоровье. Все эти проблемы как бы отделены от здоровья или вернее сказать от его медицинской стороны. Тем не менее современные европейские исследователи сосредоточены на здоровье и его влиянии на качество жизни, так как, когда человек заболевает или болеет, самые разные аспекты жизни могут влиять на здоровье.

Понятие качества жизни, по данным разных авторов, включает: удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным благополучием; способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни во всех ее аспектах; оно определяется тем, насколько болезнь не позволяет пациенту жить так, как он хотел бы [18].

Данная методика оценки качества жизни позволяет определить, как сам больной оценивает различные стороны своей жизни, в какой степени имеющиеся ограничения нарушают его функционирование, связанное с различными аспектами его жизнедеятельности, так как именно психологические факторы (взгляд больного на свое здоровье) определяют его социальную активность и потерю трудоспособности.

«Качество жизни» – понятие, в широком смысле слова, охватывающее многие стороны жизни человека, связанные не только с состоянием его здоровья, но и условиями жизни, профессиональными способностями, работой, учебой, домашней обстановкой.

Медицинские аспекты качества жизни включают влияние самого заболевания (его симптомов и признаков) и наступающего в результате болезни ограничения функциональной способности, а также влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Собственно «качество жизни» определяется прежде всего жалобами больного, его функциональными возможностями, восприятием больным жизненных из-

менений, связанных с заболеванием, уровнем общего благополучия, общей удовлетворенностью жизнью. Это понятие также включает способность сосредотачиваться, принимать решения, память, живость восприятия, сексуальную функцию, душевный комфорт.

Качество жизни можно определять исходя из трех основных компонентов:

- ❖ функциональная способность;
- ❖ восприятие;
- ❖ симптомы и их последствия.

Функциональная способность - это способность осуществлять повседневную деятельность, социальную, интеллектуальную и эмоциональную функции, поддерживать свою экономическую обеспеченность.

Восприятие – включает взгляды человека и его суждения о жизненных ценностях; восприятие общего состояния здоровья, уровня своего благополучия, удовлетворения жизнью. В отличие от функциональной способности, восприятие общего уровня здоровья и удовлетворенности жизнью является *субъективным* и не должно переоцениваться. Восприятие может сравниваться с объективной оценкой социальной функции, изменением положения, социального статуса больного.

Симптомы являются следствием основного или сопутствующих заболеваний, они уменьшаются, исчезают или видоизменяются в результате медицинского вмешательства, являясь важным компонентом качества жизни.

Качество жизни – понятие скорее субъективное, чем объективное. Однако эти субъективные элементы заслуживают большего внимания при решении вопроса о здоровье пациента по сравнению с традиционно используемыми биомедицинскими показателями: такими как заболеваемость, смертность, частота осложнений и др.

Субъективное восприятие КЖ пациента является чувствительным показателем эффективности медицинского вмешательства, при условии его научной оценки.

Зачем измерять качество жизни

Оценивать здоровье и его влияние на качество жизни очень важно для пациентов, особенно в случае хронических заболеваний. Физиологические исследования позволяют врачу располагать некоторой информацией, которая, однако, обычно ограничивает интересы пациента; часто эти данные плохо коррелируют с показателями физической работоспособности и ощущением хорошего самочувствия – областью, наиболее интересной и близкой (волнующей) для пациента. Данные, полученные в условиях нагрузочного тестирования, часто очень слабо коррелируют с работоспособностью пациентов в обычной жизни. Это является одной из причин, по которой требуется измерять качество жизни.

Другой причиной является то, что у пациентов с аналогичными клиническими проявлениями возможны совершенно различные выходы из болезни. Так, у двух пациентов с одинаковым уровнем подвижности, даже с похожим уровнем болей в спине может быть совершенно разный уровень функционирования, разное эмоциональное самочувствие. Вследствие этого одни пациенты могут продолжать выполнение своей достаточно активной работы без развития депрессивных состояний, другие же с трудом могут выполнять простейшую работу на фоне выраженной депрессии. Разницу в трактовке состояний у этих пациентов легко уловить, оценив качество жизни.

Указанные причины объясняют, почему пациенты, врачи, организаторы здравоохранения во всем мире живее интересуются эффектом внедрения оценки качества жизни в медицину. **Оценка КЖ позволяет медикам следить за качеством лечения, клинической эффективностью применения фармпрепаратов, новых методов консервативного или хирургического лечения;** а пациентам, со своей стороны, позволяет живо интересоваться этой информацией как вкладчиком своих средств в те или иные медицинские страховые взносы. Естественно, что наибольшие денежные субсидии предоставляются в лечебные учреждения, которые обеспечивают наибольшее повышение качества жизни больных.

Основные направления оценки качества жизни

для оценки степени тяжести состояния больного;
для оценки эффективности лечения;
для использования в качестве дополнительного критерия при подборе индивидуализированной терапии (при разработке ИПР);
для возможного использования с целью экспертизы трудоспособности;
для клинической оценки новых лекарственных препаратов.

Показатели КЖ могут быть особенно полезными, когда:

- сравниваются различные подходы к лечению, отрабатываются оптимальные варианты терапии того или иного заболевания;
- оценивается эффективность мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний;
- лечение является эффективным, но токсичным, с большим числом побочных эффектов;
- лечение длительное, возможность осложнений низка и пациенты не ощущают симптомов заболевания.

Обычно для **оценки эффективности реабилитации** больных принимают во внимание преимущественно показатели физической работоспособности больного, частоту осложнений, летальность. При этом часто упускают из вида, что для больного не меньшее значение имеет

ощущение своего жизненного благополучия не только в физическом, но и в психическом смысле, так как именно **психологические факторы** определяют их **социальную активность** и **потерю трудоспособности**.

При чрезмерно продолжительном пребывании в стационаре у больных часто формируются синдромы, затрудняющие их дальнейшую реабилитацию (например, ипохондрический, кардиофобический – после инфаркта миокарда) и снижающие качество жизни. Ранняя же активизация больных, выписка их из стационара в оптимальный, не затянувшийся срок благоприятно влияют на психологический статус и показатели КЖ.

Для оценки течения, прогноза, исхода заболевания. Известно, что «пессимистический» взгляд больного на жизнь существенно снижает качество жизни, достоверно увеличивает, например, риск развития инфаркта миокарда и смерти.

Для оценки влияния медикаментозных препаратов на качество жизни. Проводится сравнительная оценка действия препаратов, и выявляются преимущества того или иного препарата по улучшению качества жизни. Это связано с тем, что эффект терапии не всегда приводит к улучшению общего состояния, а иногда сопровождается даже снижением КЖ больных, что может сказаться и на их трудоспособности.

Структура опросников для измерения качества жизни

Основным инструментом для измерения КЖ являются опросники. Все опросники содержат главный вопрос «Каково Ваше качество жизни?» В них определены различные области: физическое функционирование (мобильность, физическое самочувствие), эмоциональное самочувствие (депрессия, беспокойство или душевное самочувствие), взаимоотношения с семьей, на работе, ожидания и отношения между отношениями и ожиданиями, социальные последствия заболевания. Некоторые исследователи детально оценивают состояние какой-либо одной области качества жизни и ее взаимосвязи с другими областями. Но чаще измерения в этих областях уравниваются, а затем суммируются.

Из огромного множества **переменных, характеризующих КЖ** больных и анализируемых в работах европейских врачей, наиболее значимыми оказались следующие:

- физическая мобильность;
- эмоциональное состояние;
- сексуальная функция;
- социальный статус;
- познавательная функция;
- экономическое состояние.

Способы применения опросников для измерения качества жизни

1. Устное интервью (с врачом).
2. Самостоятельное заполнение опросников больным.

3. Телефонный опрос больных.

4. Письменное анкетирование.

Компромиссный вариант – заполнение опросников с супервизором (медицинским или социальным работником).

Результаты анкетирования можно получать как от самих больных, так и от суррогатных респондентов. Например, в случаях, когда пациенты были слишком тяжело больны, чтобы отвечать на вопросы, оценка КЖ и профиль болезни составлялись на основании данных обслуживающего персонала и членов семьи.

Экспресс-методика оценки качества жизни (NAIF)

Методика определения качества жизни NAIF (New Assessment and Information Form to Measure Quality of Life. P.Y.Hughenoltz and R.A.M.Erdman, 1995) помогает оценивать эффективность разнообразных реабилитационных и лечебных мероприятий, выявлять уязвимые стороны в жизни больного или инвалида и целенаправленно оказывать необходимую помощь.

Рекомендуется врачам широкого профиля, реабилитологам-экспертам, врачам-психологам и социальным работникам.

На основе этой методики в Научно-исследовательском институте экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов Министерства здравоохранения Республики Беларусь (БНИИЭТИН) разработана автоматизированная методика оценки качества жизни (NAIF) и методические рекомендации по ее использованию (авторы к.м.н. Пушкарев А.Л. и к.м.н. Аринчина Н.Г.).

Возможна обработка данных без применения автоматизации.

Для облегчения восприятия полученных показателей использован перевод их в проценты.

У человека с сохранными функциями, довольного всеми сторонами своей жизни интегральный показатель качества жизни равен 100% или приближается к этому уровню. Незначительное снижение качества жизни – до 75%, умеренное – до 50%, значительное – до 25%, резко выраженное – менее 25%.

Полученные результаты могут быть представлены графически (построение розы качества жизни). Примеры см. на рисунках.

Применение экспресс-методики оценки КЖ у больных инвалидов позволит:

- ✓ оптимизировать проведение реабилитационных мероприятий;
- ✓ проводить более адекватную коррекцию нарушений, значительно снижающих качество жизни;
- ✓ оценивать эффективность различных форм восстановительного лечения;
- ✓ уменьшить вероятность экспертной ошибки;
- ✓ снизить стойкую утрату трудоспособности.

ОПРОСНИК NAIF

Вы должны ответить на следующие вопросы, выбирая на каждый вопрос одно из семи мнений. «Да, очень» – означает, что Вы совершенно согласны с содержанием вопроса. «Совсем нет», – означает, что Вы совершенно не согласны с содержанием утверждения. Остальные мнения промежуточные. Отмечать свой ответ нужно следующим образом:

- | | | Да,
очень | | | | Совсем
нет |
|---------------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. У меня одышка при физическом напряжении. | 1 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Я ощущаю нехватку энергии в течение дня. | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Здесь не может быть правильных или неправильных ответов, каждый ответ отражает только ваше настоящее состояние. Пожалуйста, не пропускайте ни одного вопроса. Постарайтесь передать особенности Вашего состояния.

Физическая подвижность

- | | | Да,
очень | | | | Совсем
нет |
|---------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. У меня одышка при физическом напряжении. | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Я ощущаю нехватку энергии в течение дня. | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Я трачу много времени на занятия моими хобби. | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. При выполнении повседневных нагрузок мое состояние здоровья ухудшается. | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Мое состояние здоровья мешает моему стремлению приобрести прибыльную работу. | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Я легко подхватываю инициативу. | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Эмоциональное состояние / Сексуальная функция

- | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Я напряжен (а) | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Я чувствую, что некому заботиться обо мне. | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Мое здоровье позволяет мне осуществлять сексуальную активность в том количестве, как мне хочется. | 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Эта способность ухудшилась в последнее время. | 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Я ощущаю подавленное настроение и депрессию. | 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Я легко раздражаюсь. | 12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Социальные функции

- | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Я активно занимаюсь спортом. | 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Мое состояние здоровья препятствует нормальному проведению отпуска. | 14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Я регулярно встречаюсь с друзьями и членами семьи. | 15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Я часто бываю дома один (одна). | 16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Я люблю завязывать новые социальные контакты. | 17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Я часто хожу в кино, театр и на спортивные мероприятия. | 18 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Познавательная функция / Экономическое положение

	Да, очень	Совсем нет							
19. Я думаю, что моя память функционирует нормально.	19	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
20. Я могу быстро принимать решения.	20	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
21. Мое состояние здоровья приводит к финансовым проблемам.	21	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
22. Я очень быстро схватываю то, что мне говорят.	22	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
23. Я заметил(а) в последнее время ухудшение моих интеллектуальных возможностей.	23	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							
24. Обычно я могу хорошо концентрироваться.	24	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							

Ключи для подсчета баллов опросника NAIF

Физическая подвижность

	Да, очень	Совсем нет							
1. У меня одышка при физическом напряжении.	1	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
2. Я ощущаю нехватку энергии в течение дня.	2	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
3. Я трачу много времени на занятия моими хобби.	3	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1			
4. При выполнении повседневных нагрузок мое состояние здоровья ухудшается.	4	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
5. Мое состояние здоровья мешает моему стремлению приобрести прибыльную работу.	5	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
6. Я легко подхватываю инициативу.	6	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1			

Эмоциональное состояние / Сексуальная функция

7. Я напряжен (а)									
8. Я чувствую, что некому заботиться обо мне.									
9. Мое здоровье позволяет мне осуществлять сексуальную активность в том количестве, как мне хочется.	7	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
10. Эта способность ухудшилась в последнее время.	8	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
11. Я ощущаю подавленное настроение и депрессию.	9	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1			
12. Я легко раздражаюсь.	10	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
	11	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
	12	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			

Социальные функции

13. Я активно занимаюсь спортом.									
14. Мое состояние здоровья препятствует нормальному проведению отпуска.	13	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1			
15. Я регулярно встречаюсь с друзьями и членами семьи.	14	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
16. Я часто бываю дома один (одна).	15	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1			
17. Я люблю завязывать новые социальные контакты.	16	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7			
18. Я часто хожу в кино, театр и на спортивные мероприятия.	17	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1			
	18	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>	7	6	5	4	3	2	1
7	6	5	4	3	2	1			

Познавательная функция / Экономическое положение

19. Я думаю, что моя память функционирует нормально.	Да, очень	Совершенно нет
20. Я могу быстро принимать решения.	19	7 6 5 4 3 2 1
21. Мое состояние здоровья приводит к финансовым проблемам.	20	7 6 5 4 3 2 1
22. Я очень быстро схватываю то, что мне говорят.	21	1 2 3 4 5 6 7
23. Я заметил(а) в последнее время ухудшение моих интеллектуальных возможностей.	22	7 6 5 4 3 2 1
24. Обычно я могу хорошо концентрироваться.	23	1 2 3 4 5 6 7
	24	7 6 5 4 3 2 1

РАСЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Для подсчета показателей необходимо сложить баллы, полученные при помощи ключа, по соответствующим пунктам опросника.

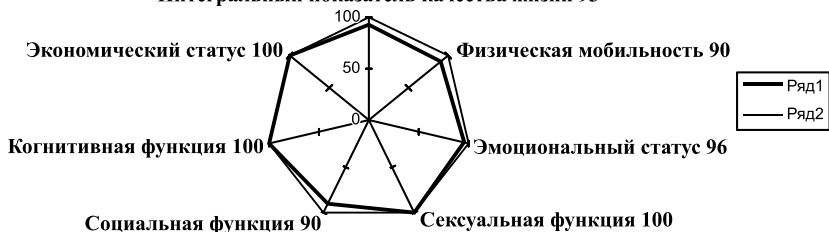
Категории качества жизни:	Пункты опросника для подсчета баллов
Физическая мобильность	1, 2, 3, 4, 5, 6
Эмоциональное состояние	7, 8, 11, 12
Сексуальная функция	9, 10
Социальные функции	13, 14, 15, 16, 17, 18
Познавательная функция	19, 20, 22, 23, 24
Экономическое положение	21
Интегральный показатель	Сумма баллов по всем пунктам

ПЕРЕСЧЕТ БАЛЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПРОЦЕНТЫ

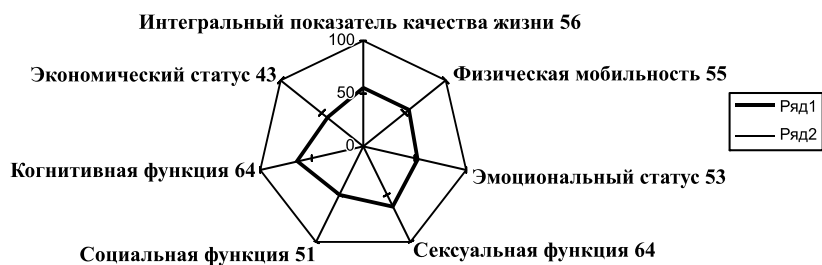
Категории качества жизни:	Пункты опросника для подсчета баллов
Физическая мобильность	ФМ% = баллы * 100 / 42
Эмоциональное состояние	ЭС% = баллы * 100 / 28
Сексуальная функция	СФ% = баллы * 100 / 14
Социальные функции	СоцФ% = баллы * 100 / 42
Познавательная функция	ПФ% = баллы * 100 / 35
Экономическое положение	ЭкП% = баллы * 100 / 7
Интегральный показатель	ИП% = баллы * 100 / 168

Качество жизни у здоровых лиц трудоспособного возраста

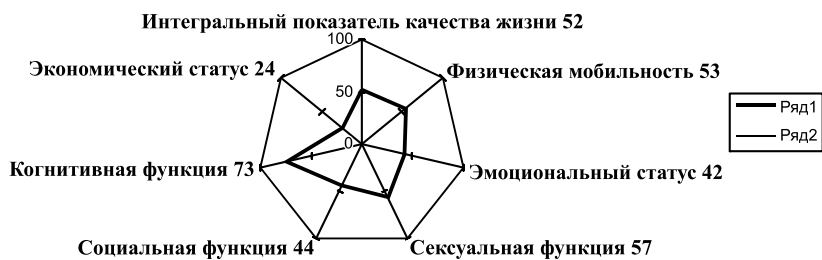
Интегральный показатель качества жизни 93



Качество жизни у предпенсионеров



Качество жизни у пенсионеров



Качество жизни у инвалидов II группы перенесших инфаркт миокарда



**ОЦЕНКА ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ИНВАЛИДА С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОЙ
КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ,
ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ**

Основной целью МКФ является: обеспечить унифицированным стандартным языком и определить рамки для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Она вводит определения составляющих здоровья и некоторых, связанных со здоровьем составляющих благополучия (таких, как образование и труд). Таким образом, домены, имеющиеся в МКФ, могут рассматриваться как домены здоровья и как домены, связанные со здоровьем. Эти домены описаны с позиций организма, индивида и общества посредством двух основных перечней:

- 1) функции и структуры организма (B- Body),
- 2) активность (A – Activity) и участие (P – Participation).

Как классификация МКФ системно группирует различные домены индивида с определенным изменением здоровья (например, указывает, что индивид с заболеванием или расстройством делает или способен делать) [14].

Протокол исследования степени ограничения жизнедеятельности.

1. ФИО _____.
2. Дата рождения _____.
3. Адрес постоянного или временного проживания (подчеркнуть) _____.
4. Общее образование (подчеркнуть): нет, вспомогательная школа, начальное, основное общее (9 кл.), среднее полное (11 кл.), другое _____.
5. Профессиональное образование (подчеркнуть): нет, проф. подготовка, начальное, среднее, высшее, послевузовское, дополнительное _____.
6. Профессия _____.
7. Специальность _____.
8. Квалификация (разряд, категория, звание) _____.
9. Работа, выполняемая к моменту анкетирования:
 - 9.1 профессия _____;
 - 9.2 специальность _____;
 - 9.3 должность _____;
 - 9.4 по уходу за больным (по договору, за родственником) _____;
 - 9.5 выполнение общественных работ (каких) _____;
 - 9.6 ведение домашнего хозяйства (в городе, в сельской местности) _____;

9.7 самозанятость (эпизодическая, постоянная, краткое описание работы) _____;

9.8 место работы, адрес _____.

10. Социально-бытовой статус (подчеркнуть): одинокий, семейный (указать количество членов семьи), кормилец (указать количество иждивенцев), иждивенец, сирота, другое _____.

11. Социально-трудовой статус (подчеркнуть): работающий, неработающий, безработный, пенсионер по возрасту, пенсионер по инвалидности, пенсионер в связи с выслугой лет, другое _____.

12. Социально-средовые условия (подчеркнуть):

12.1 собственный дом, наличие удобств (общая площадь, м²) _____;

12.2 отдельная квартира (общая площадь, м²) _____;

12.3 комната в коммунальной квартире (общая площадь, м²) _____;

12.4 арендуемая отдельная квартира (общая площадь, м²) _____;

12.5 арендуемая отдельная комната (общая площадь, м²) _____;

12.6 служебная жилая площадь: квартира, комната (общая площадь, м²) _____;

12.7 этаж _____ лифт _____;

12.8 удаленность жилья от транспортных коммуникаций _____;

12.9 удаленность жилья от места работы _____;

12.10 другое _____.

13. Источники доходов (подчеркнуть): заработная плата, пенсия, пособие, стипендия, другие источники _____.

14. Группа инвалидности _____.

15. Причина инвалидности _____.

16. Нарушение функций:

А) нарушения психических функций (1, 2, 3, 4 ст.) _____;

Б) языковые и речевые нарушения (1, 2, 3, 4 ст.) _____;

В) нарушения сенсорных функций (1, 2, 3, 4 ст.) _____;

Г) нарушения статодинамических функций (1, 2, 3, 4 ст.) _____;

Д) висцеральные и метаболические нарушения (1, 2, 3, 4 ст.) _____;

Е) уродующие нарушения (1, 2, 3, 4 ст.) _____.

Состояние критериев жизнедеятельности

Передвижение	Причина ограничения			
	Состояние здоровья	Архитектурные барьеры	Отсутствие технических средств	Отсутствие помощников
Передвижение в различных местах	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Передвижение в пределах жилища	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Общение	Характер ограничения				
	Восприятие устных сообщений при общении	Восприятие жестов и телодвижений при общении	Восприятие общеизвестных символов и знаков при общении	Восприятие рисунков, фотографий и знаков при общении	Восприятие письменных сообщений при общении
Восприятие сообщений при общении	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Общение	Характер ограничения				
	Речь	Составление и изложение сообщений посредством языка тела	Составление и изложение сообщений посредством знаков и символов	Составление и изложение сообщений посредством рисования и фотографий	Письменные сообщения
Составление и изложение сообщений	01234	01234	01234	01234	01234

Общение	Характер ограничения				
	Начало разговора	Поддержание разговора	Завершение разговора	Разговор с одним человеком	Разговор с множеством людей
Разговор	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Самообслуживание	Состояние критериев жизнедеятельности		
	Мытье частей тела	Мытье всего тела	Вытирание и сушка
Мытье	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Самообслуживание	Уход за кожей	Уход за полостью рта	Уход за волосами	Уход за ногтями на руках	Уход за ногтями на ногах
	Уход за частями тела	01234	01234	01234	01234

Самообслуживание	Регуляция мочеиспускания	Регуляция дефекации	Мероприятия, связанные с менструацией
	Физиологические отправления	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Самообслуживание	Надевание одежды	Снятие одежды	Надевание носков и обуви	Снятие носков и обуви	Выбор соответствующей одежды
Одевание	01234	01234	01234	01234	01234

Самообслуживание	Питье	Прием пищи
Прием пищи	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Бытовая жизнь	Покупка жилья	Аренда жилья	Благоустройство жилья
Приобретение жилья	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Бытовая жизнь	Осуществление покупок	Обеспечение повседневными потребностями
Приобретение товаров и услуг	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Бытовая жизнь	Приготовление простых блюд	Приготовление сложных блюд	Стирка и сушка белья и одежды	Уборка на кухне и мытье посуды	Уборка жилой части	Использование домашних приборов	Хранение предметов повседневного использования	Удаление мусора
Ведение домашнего хозяйства	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234

Бытовая жизнь	Ремонт одежды и обуви	Поддержание сохранности жилья и обстановки	Поддержание в рабочем состоянии бытовой техники	Поддержание в рабочем состоянии транспорта	Поддержание в рабочем состоянии вспомогательных устройств	Забота о комнатных и уличных растениях	Забота о животных
Забота о домашнем имуществе	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234

Бытовая жизнь	Помощь другим в самообслуживании	Помощь другим при движении	Помощь другим в общении	Помощь другим в осуществлении межличностных отношений	Помощь другим в питании	Помощь другим в поддержании здоровья
Помощь другим	01234	01234	01234	01234	01234	01234

Главные сферы жизни	Неформальное образование	Дошкольное образование	Школьное образование	Профессиональное обучение	Высшее образование
Образование	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Главные сферы жизни	Подготовка к профессиональной деятельности (ученичество)	Поиск работы	Выполнение трудовых обязанностей	Прекращение трудовых обязанностей	Индивидуальная трудовая деятельность	Частичная трудовая занятость	Полная трудовая занятость
Работа и занятость	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Главные сферы жизни	Базисные экономические отношения	Сложные экономические отношения	Экономическая независимость	Личные экономические ресурсы	Общественные экономические фонды
Экономическая жизнь	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

КЛЮЧ:

- 0 – нет затруднений;
- 1 – легкие затруднения;
- 2 – умеренные затруднения;
- 3 – тяжелые затруднения;
- 4 – абсолютные затруднения.

ПОЯСНЕНИЯ:

ПЕРЕДВИЖЕНИЕ В РАЗЛИЧНЫХ МЕСТАХ

Ходьба и передвижение в разнообразных местах и ситуациях, например, ходьба из комнаты в комнату в квартире, в пределах здания или вдоль улицы города.

ПЕРЕДВИЖЕНИЕ В ПРЕДЕЛАХ ЖИЛИЩА

Ходьба и передвижение внутри по дому и вокруг своего дома, в пределах комнаты, из комнаты в комнату и вокруг своего жилья.

ВОСПРИЯТИЕ СООБЩЕНИЙ ПРИ ОБЩЕНИИ:

Восприятие устных сообщений при общении

Уяснение прямого и подразумеваемого значений сообщений устной речи, например, понимание, что выражение является утверждением факта или идиоматическим выражением.

Восприятие жестов и телодвижений при общении

Уяснение прямого и подразумеваемого значений сообщений, передаваемых жестами, символами и рисунками, например, понимание того, что ребенок утомлен, если он потирает свои глаза, или что сирена предупреждает о пожаре.

Восприятие общеизвестных символов и знаков при общении

Уяснение прямого и подразумеваемого значений в сообщениях на языке формальных символов.

Восприятие рисунков, фотографий и знаков при общении

Уяснение значений, отраженных в нарисованном (например, в рисунках, схемах, картинах, графических изображениях), графиках, диаграммах и фотографиях, например, понимание, что восходящая линия на диаграмме роста указывает на то, что ребенок подрастает.

Восприятие письменных сообщений при общении

Уяснение прямого и подразумеваемого значений письменных сообщений (включая язык Брайля), например, наблюдение за политикой в ежедневных газетах или понимание значения священного писания.

СОСТАВЛЕНИЕ И ИЗЛОЖЕНИЕ СООБЩЕНИЙ:

Речь

Произнесение слов, фраз и более длинных выражений устной речи, создание простых и сложных сообщений с прямым и подразумеваемым значением, например, устное извещение о факте или рассказ.

Составление и изложение сообщений посредством языка тела

Использование жестов, символов и рисунков для передачи сообщений, например, покачивание головой при несогласии, рисование или построение диаграммы для отражения факта или сложной идеи.

Составление и изложение сообщений посредством знаков и символов

Передача сообщения на языке формальных символов с прямым и подразумеваемым значением.

Составление и изложение сообщений посредством рисования и фотографий

Передача сообщения с использованием рисунка, письма красками, набросков и диаграмм, картин или фотографий, например, составление схемы местности для указания местоположения.

Письменные сообщения

Передача сообщений, с прямым и подразумеваемым значением, посредством письма, например, написание письма другу.

РАЗГОВОР:

Начало, поддержание и завершение обмена мыслями и идеями, посредством устного, письменного языка, знаков или другого языка, с одним или большим количеством людей, со знакомыми или незнакомыми людьми, при формальных или случайных обстоятельствах.

Начало разговора

Начало диалога или общения, например, представление себя, общепринятое приветствие других, предложение темы или задавание вопросов.

Поддержание разговора

Продолжение и ведение в определенном русле диалога или общения, добавляя мысли к теме, предлагая новую тему или возвращаясь к прежней теме, также как уклонение от темы в разговоре или письме.

Завершение разговора

Окончание диалога или общения с использованием общепринятых выражений, доведение обсуждения темы до конца.

Разговор с одним человеком

Начало, поддержание, ведение и завершение диалога или общения с одним человеком, например, обсуждение погоды с другом.

Разговор с множеством людей

Начало, поддержание, ведение и завершение диалога или общения более чем с одним индивидом, например, начало и участие в групповом диспуте.

МЫТЬЕ:

Мытье и вытирание тела или его частей, используя воду и соответствующие материалы или методы для очищения, вытирания и сушки тела, например, купание в ванне, принятие душа, мытье рук, ног, лица и волос, вытирание полотенцем.

Мытье частей тела

Применение воды, мыла и других веществ для очистки частей тела, например, для мытья рук, лица, ног, волос, чистки зубов и ногтей.

Мытье всего тела

Применение воды, мыла и других веществ для мытья всего тела, например, принятие ванны или душа.

Вытирание и сушка

Использование полотенца или других средств для вытирания и сушки какой-либо части, частей или всего тела, например, вытирание после мытья.

УХОД ЗА ЧАСТЯМИ ТЕЛА:

Забота о частях тела, в частности, за кожей, лицом, зубами, волосами, ногтями и гениталиями, которая включает большее, чем мытье и сушка.

Уход за кожей

Забота о поверхности и влажности кожи, например, удаление мозолей и ороговелостей, использование увлажняющих лосьонов или косметики.

Уход за полостью рта

Забота о гигиене ротовой полости, например, чистка зубов, чистка зубных промежутков, уход за зубными протезами или ортезами.

Уход за волосами

Забота о волосах на голове и лице, например, причесывание, чистка, укладка, завивка, бритье и стрижка.

Уход за ногтями на руках

Чистка, подстригание и полировка ногтей на руках.

Уход за ногтями на ногах

Чистка, подстригание и полировка ногтей на ногах.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЯ:

Подготовка и осуществление физиологических отправлений (при менструации, мочеиспускании и дефекации) и последующее выполнение гигиенических мероприятий.

Регуляция мочеиспускания

Координация и управление мочеиспусканием, например, сообщение о потребности отправления, принятие соответствующего положения, нахождение подходящего места для мочеиспускания, обращение с одеждой до и после мочеиспускания, выполнение гигиенических мероприятий после мочеиспускания.

Регуляция дефекации

Координация и управление дефекацией, например, сообщение о потребности отправления, принятие соответствующего положения, нахождение подходящего места для дефекации, обращение с одеждой до и после дефекации, выполнение гигиенических мероприятий после дефекации.

Мероприятия, связанные с менструацией

Координация, подготовка и осуществление мероприятий при менструации, например, предвидение менструации, использование гигиенических прокладок и салфеток.

ОДЕВАНИЕ:

Выполнение координированных действий и требований при одевании и раздевании в определенной последовательности, в соответствии с климатическими условиями и придерживаясь социальных установок, например, одевание, примерка и снятие рубашки, юбки, блузы, брюк, нижнего белья, сари, кимоно, галстука, шляпы, перчаток, пальто, туфель, ботинок, сандалий и шлепанцев.

Надевание одежды

Выполнение координированных действий при надевании одежды, например, надевание на голову, нижнюю и верхнюю половины тела, на руки и плечи, надевание перчаток и головного убора.

Снятие одежды

Выполнение координированных действий при снятии одежды с различных частей тела, например, снятие с головы, рук и плеч, с нижней и верхней половины тела; снятие перчаток и головного убора.

Надевание носков и обуви

Выполнение координированных действий при надевании носков, чулок и обуви.

Снятие носков и обуви

Выполнение координированных действий при снятии носков, чулок и обуви.

Выбор соответствующей одежды

Следование очевидным или неочевидным правилам и условиям своего окружения и культуры при выборе одежды и одевание в соответствии с климатическими условиями.

ПРИЕМ ПИЩИ:

Питье

Прием напитков, поднесение их ко рту, потребление их культурно приемлемыми способами, например, смешивание, размешивание и разливание жидкости для питья, открывание бутылок и банок, питье через соломинку, питье текущей воды из крана или фонтанчика, кормление грудью.

Прием пищи

Выполнение координированных действий и требований при приеме приготовленной пищи, поднесении ее ко рту, потреблении ее культурно приемлемыми способами, например, резка, ломка пищи на куски, открывание бутылок и банок, использование столовых приборов, прием пищи, прием пищи на банкете или обеде.

ПРИБРЕТЕНИЕ ЖИЛЬЯ:

Покупка жилья

Приобретение в собственность дома, квартиры или другого жилья.

Аренда жилья

Использование дома, квартиры или другого жилья, принадлежащего другому лицу, в обмен на оплату.

Благоустройство жилья

Оборудование и обустройство жилья мебелью, приспособлениями и другим оборудованием, создание интерьера.

ПРИБРЕТЕНИЕ ТОВАРОВ И УСЛУГ:

Выбор, обеспечение любыми товарами и услугами ежедневного потребления и транспортировка их, например, выбор, обеспечение, транспортировка и хранение продовольствия, напитков, одежды, чистящих средств, топлива, хозяйственных товаров, посуды, кухонного оборудования, бытовых приборов и инструментов; обеспечение себя услугами коммунальных и других служб быта.

Осуществление покупок

Приобретение в обмен на деньги товаров и услуг повседневного потребления (включая указания для промежуточных звеньев и их контроль при покупках), например, выбор продуктов, напитков, чистящих средств, домашнего имущества или одежды в магазине или на рынке, сравнение качества и цен требуемых товаров, торг, оплата выбранных товаров или услуг, транспортировка товаров.

Обеспечение повседневными потребностями

Обеспечение без обмена на деньги продуктами и услугами повседневного потребления (включая указания для промежуточных звеньев и их контроль при покупках), например, сбор урожая овощей и плодов, доставка воды и топлива.

ВЕДЕНИЕ ДОМАШНЕГО ХОЗЯЙСТВА:

Приготовление простых блюд

Организация выполнения, кулинария и сервировка блюд с небольшим числом компонентов, которые требуют простых навыков в приготовлении и сервировке, например, приготовление закуски, простого блюда и применение при обработке продуктов нарезки, размешивания, кипячения и подогрева, например, приготовление риса или картофеля.

Приготовление сложных блюд

Планирование, организация выполнения, кулинария и сервировка блюд с большим числом компонентов, которые требуют сложных навыков в приготовлении и сервировке, например, обед из нескольких блюд и применение при обработке продуктов комплекса приемов, например, снятие кожуры, нарезка ломтиками, взбивание, замес, смешивание, подача пищи и сервировка стола способом, который, соответствует обстоятельствам и культуре.

Стирка и сушка белья и одежды

Стирка белья и одежды вручную и развешивание ее сохнуть на воздухе.

Уборка на кухне и мытье посуды

Уборка после приготовления пищи, например, мытье тарелок, кастрюль, горшков, столовых приборов, кухонного стола и пола на кухне и в столовой.

Уборка жилой части

Уборка жилой части дома, например, наведение порядка, вытирание пыли, подметание, протирание, мытье пола, окон и стен, уборка ванной и туалета, чистка мебели.

Использование домашних приборов

Использование всех видов домашних приборов, например, стиральных машин, сушилок, утюгов, пылесосов, посудомоечных машин.

Хранение предметов повседневного пользования

Хранение продовольствия, напитков, одежды и других домашних предметов повседневного пользования; заготовка продовольствия консервированием, засолкой или охлаждением, хранение продуктов свежими и вне досягаемости животных.

Удаление мусора

Удаление домашнего мусора, например, сбор хлама и мусора вокруг дома, сбор мусора для удаления, использование мусоропровода, сжигание мусора.

ЗАБОТА О ДОМАШНЕМ ИМУЩЕСТВЕ

Поддержание сохранности и ремонт домашнего и другого личного имущества, включая дом и его обстановку, одежду, транспортные средства и вспомогательные устройства; забота о растениях и животных,

например, окраска или оклейка обоями в комнатах, установка мебели, выполнение слесарных работ по дому; содержание в надлежащем порядке транспортных средств; поливка растений; кормление домашних животных и уход за ними.

Ремонт одежды и обуви

Изготовление и ремонт одежды, например, шитье, изготовление и починка одежды; повторная фиксация пуговиц и застежек; глаженые одежды; починка и чистка обуви.

Поддержание сохранности жилья и обстановки

Ремонт и содержание в сохранности жилья, его внешнего и внутреннего вида и содержимого, например, покраска, ремонт приспособлений и мебели, использование требуемых для ремонта инструментов.

Поддержание в рабочем состоянии бытовой техники

Ремонт и содержание в сохранности бытовой техники для приготовления пищи, стирки, уборки и ремонта, например, заправка и починка приспособлений и уход за стиральной машиной.

Поддержание в рабочем состоянии транспорта

Ремонт и содержание в сохранности личного моторизованного и немоторизованного транспорта, включая велосипеды, телеги, автомобили и лодки.

Поддержание в рабочем состоянии вспомогательных устройств

Ремонт и содержание в сохранности вспомогательных устройств, например, протезов, ортезов, специальной техники и приспособлений для ведения хозяйства и самообслуживания; поддержание рабочего состояния и ремонт средств личного передвижения, например, трости, ходунков, кресла-каталки и каталки; поддержание в рабочем состоянии средств связи и отдыха.

Забота о комнатных и уличных растениях

Забота о комнатных растениях и растениях, растущих вне дома, например, посадка, поливка и опыление растений; занятие садоводством и выращивание продовольственных культур для личного пользования.

Забота о животных

Забота о домашних животных, например, кормление, чистка, уход и дрессировка; присмотр за здоровьем домашних животных, забота о них во время своего отсутствия.

ПОМОЩЬ ДРУГИМ

Помощь своим домашним и другим лицам в обучении, общении, самообслуживании, движении внутри или вне дома; забота о хорошем самочувствии своих домашних и других лиц.

Помощь другим в самообслуживании

Помощь своим домашним и другим лицам в осуществлении самообслуживания, включая помощь при приеме пищи, купании и одевании; проявление заботы о детях и тех домашних, кто болен, или у кого имеются трудности в элементарном самообслуживании; помощь другим в осуществлении физиологических отправлениях.

Помощь другим при движении

Помощь своим домашним и другим лицам при движении и передвижении вне дома, в окрестностях или в городе, в школу, на работу, в другое место назначения или обратно.

Помощь другим в общении

Помощь своим домашним и другим лицам в общении и в межличностном взаимодействии, например, помощь при разговоре, письме или чтении.

Помощь другим в осуществлении межличностных отношений

Помощь своим домашним и другим лицам в осуществлении ими межличностных отношений, например, помощь им при завязывании, поддержании и завершении отношений.

Помощь другим в питании

Помощь своим домашним и другим лицам в питании, например, помощь им в приготовлении и приеме пищи.

Помощь другим в поддержании здоровья

Помощь своим домашним и другим лицам в получении официального и неофициального медицинского обслуживания, например, обеспечение ребенку регулярного медицинского обследования или приема пожилым родственником требуемых медикаментов.

ОБРАЗОВАНИЕ:

Неформальное образование

Обучение дома или в каком-либо другом месте, не имеющем официального статуса, например, изучение ремесел и обучение навыкам от родителей или членов семьи, или обучение на дому.

Дошкольное образование

Обучение по программе начального уровня, предназначенной для введения и подготовки ребенка к условиям обязательного школьного образования, например, приобретение навыков выполнения ежедневных заданий или занятия начальной подготовкой к школе.

Школьное образование

Получение допуска в школу, выполнение всех требований школы, своих прав и обязанностей, изучение материала по курсу обучения, предметов, выполнение учебного плана программ начального или среднего образования, включая регулярное посещение школы, работа совместно с другими учащимися, восприятие указаний учителей, организация процесса обучения, завершение выполнения намеченных задач и проектов, переход на другой этап обучения.

Профессиональное обучение

Выполнение всех требований программы профессионально-технического обучения и учебного плана подготовки к работе в какой-либо профессии или специальности.

Высшее образование

Выполнение всех требований программы высшей школы в университетах, академиях и других высших учебных заведениях, а также всех

требований учебного плана для получения степени, диплома, сертификата и других удостоверений, например, завершение курса обучения в университете на звание бакалавра или магистра, завершение обучения в медицинской академии или в другом высшем учебном заведении.

РАБОТА И ЗАНЯТОСТЬ:

Подготовка к профессиональной деятельности (ученичество)

Выполнение условий и требований программ по подготовке и специализации в профессии, например, выполнение обязанностей подмастерья, стажера в интернатуре, отданных на обучение по контракту, учеников на производстве.

Поиск работы

Нахождение и выбор работы в производственной, профессиональной или в другой форме занятости, выполнение требуемых задач, чтобы быть принятым на работу, нахождение места работы и участие в собеседовании при приеме на работу.

Выполнение трудовых обязанностей

Выполнение связанных с работой задач, соответствующих обязанностям в производственной, профессиональной или в другой форме занятости, повышение по работе и другие формы продвижения.

Прекращение трудовых обязанностей

Прекращение или уход с места работы соответствующим способом.

Индивидуальная трудовая деятельность

Выполнение любой работы за денежное вознаграждение, индивидуально или на контрактной основе с другими, без формальных трудовых отношений, например, сезонной сельскохозяйственной работы, работы внештатного журналиста или консультанта, краткосрочной контрактной работы, работы художника или ремесленника, работы хозяина магазина или по управлению собственным делом.

Частичная трудовая занятость

Выполнение всех аспектов работы за плату на основе частичной трудовой занятости, в качестве наемного работника, например, поиск и получение работы, выполнение задач по работе, посещение работы вовремя, как это принято или требуется, контроль за работой других, контроль со стороны других, выполнение поставленных задач самостоятельно или в группе.

Полная трудовая занятость

Выполнение всех аспектов работы за плату на основе полной трудовой занятости, в качестве наемного работника, например, поиск и получение работы, выполнение работы, посещение работы вовремя, как это принято или требуется, контроль за работой других, контроль со стороны других, выполнение поставленных задач самостоятельно или в группе.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЖИЗНЬ

Базисные экономические отношения

Занятие в любых формах простых экономических отношений, например, использование денег для покупки продовольствия, обмен, продажа товаров или услуг; сбережение денег.

Сложные экономические отношения

Занятие в любых формах сложных экономических отношений, включающих обмен капиталом и собственности, создание прибыли или получение экономической выгоды, например, приобретение дела, фабрики или оборудования, открытие счета в банке, торговля товарами.

Экономическая независимость

Распоряжение экономическими ресурсами из частных или общественных источников, призванных гарантировать экономическую обеспеченность для удовлетворения настоящих и будущих потребностей.

Личные экономические ресурсы

Распоряжение экономическими ресурсами из личных или частных источников, призванных гарантировать экономическую независимость для удовлетворения настоящих и будущих потребностей.

Общественные экономические фонды

Распоряжение экономическими ресурсами из общественных источников, призванных гарантировать экономическую независимость для удовлетворения настоящих и будущих потребностей.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В контексте здоровья:

Функции организма – это физиологические функции систем организма (включая психические функции).

Структуры организма – это анатомические части организма, такие, как органы, конечности и их компоненты.

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие, как существенное отклонение или утрата.

Активность – это выполнение задачи или действия индивидом.

Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию.

Ограничение активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид.

Ограничение возможности участия – это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации.

Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время.

Функции организма – это физиологические функции систем организма (включая психические функции).

Структуры организма – это анатомические части организма, такие, как органы, конечности и их компоненты.

Нарушения – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие, как существенное отклонение или утрата.

КОНТЕКСТОВЫЕ ФАКТОРЫ

Контекстовые факторы представляют полную обстановку, в которой живет и существует индивид. Они включают факторы окружающей среды и личностные факторы, которые могут влиять на индивида

с изменением здоровья, на показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем этого индивида.

Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время. Эти факторы являются внешними по отношению к индивиду и могут оказывать положительное или отрицательное влияние на реализацию индивида в обществе, потенциальную способность индивида или на функции и структуру организма индивида.

1) Факторы окружающей среды представлены в классификации таким образом, чтобы сфокусировать внимание на двух разных уровнях:

а) *Индивида* – в непосредственном окружении индивида, охватывающем домашнюю обстановку, место работы, школу. Этот уровень включает физические и материальные особенности окружающей среды, с которой индивид сталкивается, а также прямые контакты с другими людьми, т.е. в семье, со знакомыми, сверстниками, посторонними.

б) *Общества* – формальные и неформальные социальные структуры, службы, общие установки и системы в сообществе или сфере культуры, которые оказывают влияние на людей. Этот уровень включает организации и службы, относящиеся к труду, деятельности в сообществах, к правительственным учреждениям, транспортным и коммуникационным службам, негосударственным социальным структурам, а также законы, постановления, официальные и неофициальные правила, связи и идеологии.

2) Факторы окружающей среды взаимодействуют с такими составляющими, как: функции и структуры организма, активность и участие. Для каждой составляющей сущность и степень этого взаимодействия могут быть детально разработаны в ходе будущих научных исследований. Ограничения жизнедеятельности характеризуются как последствия или результат сложных взаимоотношений между изменением здоровья индивида, личностными факторами и внешними факторами, представляющими условия, в которых индивид живет. В результате этих взаимоотношений разные окружающие факторы могут оказывать различное влияние на одного и того же индивида с определенным изменением здоровья. Окружающая среда с барьерами и без облегчающих факторов будет ограничивать возможность реализации индивида, среда же с облегчающими факторами может, наоборот, способствовать этой реализации. Общество может тормозить реализацию индивида в результате того, что оно или создает барьеры (например, недоступные здания) или не обеспечивает облегчающими факторами (например, недоступность вспомогательных средств).

Личностные факторы – это индивидуальные характеристики, с которыми живет и существует индивид, состоящие из черт индивида, не являющихся частью изменения здоровья или показателей здоровья. Они могут включать пол, расу, возраст, другие изменения здоровья, тренированность, стиль жизни, привычки, воспитание, социальное окружение,

образование, профессию, прошлый и текущий жизненный опыт (события в прошлом и в настоящем), тип личности и характера, склонности, другие характеристики, из которых все или некоторые могут влиять на ограничения жизнедеятельности на любом уровне. Личностные факторы в МКФ не классифицируются. Тем не менее, они включены в схему рисунка 1, чтобы отметить тот вклад, который может оказывать их влияние на конечный результат различных вмешательств.

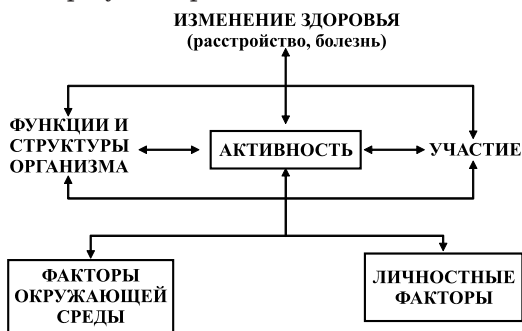


Рис. 1. Взаимодействия между составляющими МКФ

На этой диаграмме функционирование индивида в специфическом домене представляется как взаимодействие или сложные отношения между изменением здоровья и контекстовыми факторами (факторами окружающей среды и личностными факторами). Существует динамическое взаимодействие между этими элементами: вмешательства на уровне одного элемента могут потенциально изменить другой или другие элементы. Эти взаимодействия специфичны и не всегда предсказуемы в отношениях друг с другом. Взаимодействие проявляется в двух направлениях; наличие ограничения жизнедеятельности даже само по себе способно модифицировать изменение здоровья. Может быть полезным и обоснованным вывод о том, что снижение потенциальной способности возникло вследствие одного или более нарушений или ограничение возможности реализации является следствием снижения потенциальной способности в одном или более доменах. Но важно собирать данные по этим параметрам независимо друг от друга и в дальнейшем выяснять наличие совпадений и причинных связей между ними. Здоровье целесообразно описывать с использованием всех составляющих. Например, индивид может:

- иметь нарушения без снижения потенциальной способности (например, обезображивание при проказе не влияет на потенциальную способность индивида);
- иметь проблемы реализации или снижение потенциальной способности без очевидных нарушений (например, сниженную реализацию в повседневной деятельности, связанную с множеством болезней);
- иметь проблемы реализации без нарушений и снижения потенциаль-

ной способности (например, индивид с положительной реакцией на ВИЧ-инфекцию, поправившийся душевнобольной сталкиваются с клейменем или дискриминацией в межличностных отношениях или на работе);

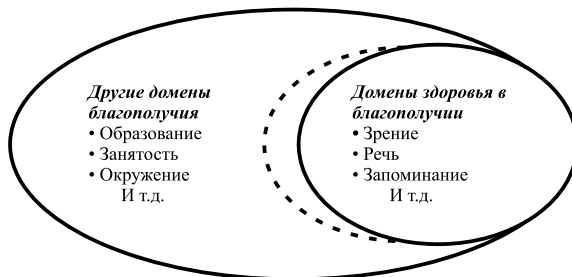
- иметь снижение потенциальной способности при отсутствии посторонней помощи и не испытывать проблем реализации в реальной окружающей среде (например, индивид с ограничениями в передвижении может быть обеспечен обществом вспомогательным техническим средством для передвижения);

- испытывать влияние в обратном направлении (например, неподвижность конечностей может вызвать мышечную атрофию; пребывание в благотворительном учреждении может привести к потере социальных навыков).

Примеры иллюстрируют возможные взаимодействия между составляющими.

Схема рисунка демонстрирует ту роль, которую играют контекстовые факторы, т.е. факторы окружающей среды и личностные факторы в этих процессах. Эти факторы взаимодействуют с индивидом, имеющим изменение здоровья, и определяют уровень и степень индивидуального функционирования. Факторы окружающей среды являются внешними (наружными) по отношению к индивиду (например, отношение общества, архитектурные характеристики, правовая система), и они систематизированы в классификации факторов окружающей среды. С другой стороны, личностные факторы в настоящей версии МКФ не классифицированы. Если понадобится пользователю, их оценка оставлена на его усмотрение. Они могут включать: пол, расу, возраст, другие состояния здоровья, тренированность, стиль жизни, привычки, воспитание, социальную обстановку, образование, профессию, прошлый и настоящий опыт (события прошлой жизни и существующие одновременно события), общую поведенческую модель и тип характера, индивидуальные психологические качества и другие характеристики, все или любые из них, которые могут играть роль в ограничениях жизнедеятельности на любом уровне.

Универсальность благополучия можно выразить в следующей схеме:



ЕЩЕ НЕСКОЛЬКО ПОНЯТИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В МКФ

Благополучие – это общий термин, обозначающий всеобщую универсальность доменов жизни человека, включая физические, душевные и социальные аспекты, его используют, когда хотят сказать «хорошая жизнь». Домены здоровья – это некоторый набор доменов, составляющих всеобщую универсальность жизни человека.

Барьеры – это факторы в окружении человека, которые посредством своего отсутствия или присутствия лимитируют функционирование и приводят к ограничениям жизнедеятельности. Они включают такие аспекты, как недоступность естественной окружающей среды, отсутствие необходимой вспомогательной технологии, негативное отношение людей к факту ограничения жизнедеятельности, а также службы, системы и политику, которые или отсутствуют или препятствуют вовлечению во все сферы жизни всех людей с изменениями здоровья.

Облегчающие факторы – это факторы в окружении человека, которые посредством своего отсутствия или присутствия улучшают функционирование и уменьшают ограничения жизнедеятельности. Они включают такие аспекты, как доступность естественной окружающей среды, пригодность необходимой вспомогательной технологии, позитивное отношение людей к факту ограничения жизнедеятельности, а также службы, системы и политику, направленные на повышение вовлечения во все сферы жизни всех людей с изменениями здоровья, приведшими к ограничениям жизнедеятельности. Отсутствие определенного фактора также может быть облегчающим, как, например, при отсутствии клейма или негативного отношения. Облегчающие факторы могут предотвратить появление ограничения возможности участия из-за нарушений или ограничений активности в результате повышения реализации, несмотря на снижение потенциальной способности индивида.

Потенциальная способность (капацитет) – это параметр, отмечающий, как определитель, максимально возможный уровень функционирования, которого может достигнуть человек в каком-либо домене перечня активности и участия в данный момент. Потенциальная способность измеряется в типичных или стандартных условиях окружающей среды и, таким образом, отражает способности индивида в определенных условиях среды. Характеристики типичных или стандартных условий окружающей среды могут быть закодированы в факторах окружающей среды.

Реализация – это параметр, описывающий, как определитель, что делают индивиды в реально окружающей их среде, выявляя, таким образом, аспект вовлечения в жизненные ситуации. Характеристики реальной окружающей среды также кодируются с использованием факторов окружающей среды.



**Выставка творчества «Моя возможность – это моя свобода»,
инициированная участниками группы самопомощи.
3-7 декабря 2007 г., ДК «Строитель», Солигорск**



**Промежуточная
оценка.
Семинар
с польскими
коллегами,
октябрь 2007 г.**

**Одна из многочисленных
теплых встреч группы
самопомощи в Солигорске**





**Конференция открытия проекта в Вилейке.
Знакомство с партнерами из Денблина, Польша**



Участники групп самопомощи в Вилейке



**В Дзержинске
День здоровья весело
отметили на природе
и перезнакомились**

День именинника



**Дружная подготовка
к районному Фестивалю
творчества детей
и молодежи
с особенностями развития
«Зажги свою звезду»**



**Теперь вместе в кино, бассейн,
музей**





Встреча региональных координаторов в офисе ОО БАСР



Господин Кнут Леманн, член Президиума по социальной политике и оргвопросам Паритетного благотворительного союза Баварии (слева), и Геро Федтке, немецкий координатор, на оценке проекта в Минске

РЕЗОЛЮЦИЯ

Международной конференции «Социальные технологии для устойчивого развития местных сообществ»

Заслушав и обсудив доклады по проблеме развития групп самопомощи в реабилитации инвалидов: «Группы самопомощи в технологии социальной реабилитации инвалидов», «Социальная работа в местных сообществах: опыт Германии и международная практика», «Общественное участие как ресурс развития социальных услуг», «Точки соприкосновения ТЦСОН и местных инициатив: опыт Вилейского района», «Группы самопомощи ТЦСОН г.Солигорска: основные результаты», «Инициативы самопомощи Дзержинского района» и др., конференция отметила неоспоримую эффективность и целесообразность включения групп самопомощи в технологии реабилитации инвалидов, в связи с чем вынесла следующие рекомендации:

1. Рекомендовать ТЦСОН активизировать работу по развитию групп самопомощи инвалидов на базе отделений дневного пребывания инвалидов ТЦСОН.
2. Просить Министерство образования, Министерство труда и социальной защиты, Комитеты по труду и социальной защите Минского городского и областных исполнительных комитетов организовать на базе Государственного института управления и социальных технологий БГУ курсы повышения квалификации специалистов по социальной работе, задействованных в процессе создания и модерации групп самопомощи инвалидов.
3. Просить Учебно-методическое объединение Республики Беларусь по гуманитарному образованию включить в программы подготовки специалистов по социальной работе высших учебных заведений курсы, предоставляющие знания, умения и навыки по технологиям и методам работы с группами самопомощи инвалидов.
4. Просить Министерство образования организовать на базе среднего специального образования подготовку инвалидов по специальности «Социальная работа» с присвоением квалификации «социальный работник».
5. Рекомендовать общественным объединениям инвалидов БелОИ, БелОГ, БелГИЗ организовать работу по выявлению нуждающихся во включении в группы самопомощи, а также совместно с ТЦСОН включиться в работу по их формированию.

Участники конференции «Социальные технологии для устойчивого развития местных сообществ». 22-23.05.2008 г.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные вопросы социально-трудовой реабилитации душевнобольных людей: Информационное пособие/ Минск: Общественная организация «Белорусская ассоциация социальных работников», 2007.
2. Зборовских К.Э. Бригадный метод в реабилитации // Социальная работа. – 2008. - №3. – с.25-27.
3. Зборовских К.Э. Социальная защита инвалидов. Учеб. пособие для студентов специальности «Социальная работа». – Мн.: ГИУСТ БГУ, 2004. – 136 с.
4. Зборовских К.Э. Экономические аспекты социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями // Социализация трансформируемой экономики: материалы Медунар. науч.-практ. конф., 20-21 апр. 2005 г., г. Минск. – Мн.: ГИУСТ БГУ, 2005. – С.237-240.
5. Зборовских К.Э., Васильева Л.П., Шульга Е.В., Проблема детской инвалидности отражение негативных тенденций в развитии общества Ахова працы №10., 2001 с. 14-15
6. Зборовских К.Э., Трудовая реабилитация в системе социальной защиты лиц с ограниченными возможностями. В сб.: научных трудов Общества. Экономика. Право Минск 2003 с. 169-177
7. Зборовских Э. К. Беда не вина. Неман. Неман, 1989г. №4, 137-144.
8. Зборовских Э. К. Инвалиды и общество / Э.И. Зборовских // Неман. 2000. № 11. С. 181-197.
9. Инициативы самопомощи – путь к сотрудничеству: материалы проекта. Минск: Фонд «Образование для демократию», 2006.
10. Конвенция о правах инвалидов – 61/106. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 24 января 2007 г.
11. Кондрашенко В.Т. и др. Общая психотерапия: Рук. для врачей / В.Т. Кондратенко, Д.И. Донской, С.А. Игумнов. 4-е изд., перераб. и доп. Минск: Выш. шк., 1999.
12. Лисковский О.В. Медицинская психология: Учеб.-метод. комплекс / О.В. Лисковский. Минск: ФУСТ БГУ, 2003.
13. Лозовская Н.А., Зборовский К.Э., Дроздовский С.Е. Социальный, правовые, архитектурные аспекты всеобщей среды // Социальная работа: теория, подготовка кадров, практика: Материалы Международной научно-практич. конф. г. Минск, 2-3 ноября 2006. – Минск: ГИУСТ БГУ, 2007. – с. 57-60.
14. международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья МФК. / ВОЗ – 2001г.
15. Методы исследования в социальной работе: Учеб.-метод. пособие / Авт.-сост. К.Э. Зборовский. – Мн.: ФУСТ БГУ, 2002.
16. О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов. Закон Республика Беларусь от 17 октября 1994 г. № 3317-ХІІ.

-
17. О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь. Закон Республики Беларусь от 11 ноября 1991 г. № 1224-ХІІ.
 18. Пущкарев А.Л., Аринчина Н.Г. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов./ Методические рекомендации, Мн. – 2000.
 19. Рудестам К. Групповая психология. СПб.: ЗАО «Издательство Питер», 1999.
 20. Сборник законодательных и инструктивных документов по медико-социальной экспертизе и реабилитации./Сост. Э.И. Зборовский, И.А. Бобов, А.Т. Колбасюк – Мн.: ООО.
 21. Смычек В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычек, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Мн.: Юнипак, 2005. – 420 с.
 22. Стандартные правила ООН обеспечения равных возможностей для инвалидов. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН № 48/96 от 20 декабря 1993 г. – Нью-Йорк, 1993. – 83 с.
 23. Страшенбаум Г.В. Психотерапия по группе. М.: Изд-во Института психотерапии, 2005.
 24. Фурманов И.А. Основы групповой психотерапии: Учеб. пособие / И.А. Фурманов, Н.В. Фурманова. Минск: Тесей, 2004. «ЮНИПОЛ», 1997. – 264.

Учебно-методическое пособие

**Группы самопомощи в технологии
социальной реабилитации инвалидов**

Автор Зборовский К.Э.

Подписано в печать 15.05.2008. Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Гарнитура SchoolBook C. Печать офсетная. Усл. печ. л. 9,07. Уч.-изд. л. 8,96.
Тираж 500 экз. Заказ № 1284.

Отпечатано в типографии ОДО «НоваПринт».
ЛП № 02330/0056647 от 27.03.2004 г.
220047, г. Минск, ул. Купревича, 2.

Уважаемые коллеги!

Вы держите в руках пособие, изданное в рамках совместного проекта Общественной организации «Белорусская ассоциация социальных работников» и Паритетного союза общественно полезных организаций Баварии «Создание и объединение в сеть трех центров поддержки групп самопомощи инвалидов», который был реализован в 2006 – 2008 годах при финансовой поддержке Фонда «Акция – Человек», Германия.

Основная цель проекта - расширение общественного участия и улучшение социального положения людей с ограничениями и их родственников посредством создания групп самопомощи при территориальных центрах социального обслуживания населения (ТЦСОН) и обеспечения профессионального сопровождения их деятельности для трудовой и социальной интеграции инвалидов.

Проект проходил на базе ТЦСОН города Солигорска, Вилейского и Дзержинского районов. К моменту окончания проекта сформировано и продолжают работать одиннадцать групп, 10 участников групп самопомощи трудоустроены.

Экспертную поддержку оказывали сотрудники кафедры реабилитологии Государственного института управления и социальных технологий БГУ и специалисты центров поддержки самопомощи инвалидов из Ленчно, Денблина и Янува Люблинского воеводства Польши.

Творческий подход неравнодушных людей к реализации инновационного проекта создал благоприятную атмосферу делового сотрудничества и укрепил рабочие контакты, что в дальнейшем позволит коллегам, опираясь на опыт друг друга, самостоятельно находить решения сложных вопросов в жизни своих подопечных. Вернее, не подопечных, а людей с большим личностным потенциалом и сильной мотивацией, готовых стать помощниками специалистов по социальной работе, но которым необходимо помочь поверить в свои силы, вернуть чувство самоуважения и собственного достоинства!

Наранович М.Г., председатель правления
ОО «Белорусская ассоциация социальных работников»