

Лекция 2

Работа с разным контингентом

I. Программа ранней помощи в дошкольном учреждении системы образования

В системе образования СПб псих.-педагогическая и социальная работа с младенцами и детьми раннего возраста с отставанием или риском отставания в развитии и членами их семей началась в 1992 г. с открытия первой в России русско-шведской лекотеки, развитой впоследствии в междисциплинарную семейно-центрированную программу ранней помощи (раннего вмешательства). . **Модели, использованные для создания программы.** Со времени своего образования программа ранней помощи и дошкольном учреждении системы образования прошла этапы, соответствующие следующим моделям раннего вмешательства. 1. Игровое взаимодействие с младенцами групп риска, использование руководств для игрового обучающего развития детей раннего возраста, моделирование игрового взаимодействия для матери и других членов семьи. В качестве моделей были приняты организация работы в шведской лекотеке в ранний период и программы раннего образования детей с особыми потребностями, представленные в руководствах «Каролина» или «Портейдж». 2. Организация социально-педагогической программы раннего вмешательства с принципом семейно-центрированной работы междисциплинарной команды профессионалов. Моделями служили программы раннего вмешательства США для младенцев и детей раннего возраста и программы работы лекотек последнего времени, в том числе лекотек в составе шведских реабилитационных центров. В обеих моделях при обслуживании детей групп риска широко используется принцип семейно-центрированной работы представителей различных дисциплин как единой команды. Из трех вариантов командной работы для организации службы ранней помощи в дошкольном учреждении был принят междисциплинарный, характеризующийся большой степенью координации и интеграции работы

сотрудников на всех этапах обслуживания ребенка и семьи. Наиболее совершенный и широко используемый при комбинировании домашних визитов и обслуживания в учреждении трансдисциплинарный вид командной работы может быть осуществлен лишь через несколько лет, поскольку требует значительного опыта работы по программе раннего вмешательства, времени и финансовых затрат на подготовку персонала. Организация междисциплинарного варианта требовала не только подбора и объединения представителей различных дисциплин, знакомства с современной информацией о развитии младенцев и раннем вмешательстве, но и активной групповой работы, получения сотрудниками отсутствовавших в базовом образовании теоретических знаний и индивидуального опыта переживания взаимоотношений в группе. Каждый из членов команды (два дошкольных преподавателя, психолог, специалист в области развития движения и педиатр-неонатолог) проходил дополнительное обучение и получил квалификацию как в соответствующей базовому образованию области развития младенцев и детей раннего возраста, так и в области групповой работы. 3. Как было отмечено выше, наряду с пониманием раннего вмешательства как социально-педагогической программы для детей с отставанием или риском отставания в развитии от рождения до трех лет и их семей существует другое понимание, восходящее к традициям детской психотерапии, а именно как раннего психотерапевтического вмешательства. С нашей точки зрения, может быть плодотворным использование теоретических положений и богатого опыта психотерапевтической работы с детьми раннего возраста с социально-эмоциональным риском для раннего вмешательства, направленного на младенцев с медицинским и биологическим риском отставания в развитии и их родителей. Это становится особенно очевидным, если учитывать данные о нарушении взаимодействия матерей и недоношенных младенцев, матерей и младенцев с медицинскими и генетическими факторами риска. В этих случаях раннее вмешательство может быть ориентировано на работу одновременно с матерью и младенцем, на организацию их социального взаимодействия.

Таким образом, на третьем этапе пришло понимание приоритетов психического здоровья младенцев и детей раннего возраста из групп не только социального, но и медицинского и генетического риска отставания в развитии. Работа команды сконцентрировалась на объединении направлений социально-педагогических и психотерапевтических программ раннего вмешательства, на распространении теории и практики раннего психотерапевтического вмешательства, разработанных в основном для младенцев с социально-эмоциональным риском, на всю группу младенцев с особыми потребностями и членов их семей.

Этапы обслуживания ребенка и семьи. Созданная в СПб междисциплинарная, семейно-центрированная программа ранней помощи в дошкольном учреждении системы образования направлена на содействие развитию детей от рождения до трех лет: **а)** у которых обнаружено критическое отставание в развитии в одной из следующих областей: познавательное развитие, развитие движения, языка и речи, самообслуживания, социальное и эмоциональное развитие; **б)** которые живут в физических или психических условиях высокой вероятности задержки в развитии. В результате экспериментальной работы по созданию программы междисциплинарная команда сотрудников предлагает следующие этапы обслуживания ребенка и семьи. **1.** Семья младенца с особыми потребностями может получить информацию о программе и направление от городской ассоциации родителей детей с особыми потребностями; от организации или отдельного профессионала; наконец, родители могут напрямую обратиться в службу. **2.** Сотрудники программы принимают направление, вносят ребенка и родителей в лист ожидания, инициируют контакт с семьей. **3.** На следующем этапе один из сотрудников — неонатолог, встречается с родителями (чаще всего с матерью) и с их слов, а также по выпискам из медицинских освидетельствований выясняет причину обращения в службу и собирает первичные данные об истории беременности и родов, развитии ребенка до момента обращения, выясняет условия жизни ребенка и семьи, отношения в семье, определяет ближайшее социальное

окружение ребенка и семьи. В результате беседы заполняется индивидуальная карта ребенка и семьи. Проведение первой встречи педиатром-неонатологом вполне обоснованно, поскольку, во-первых, по опыту посещения медицинских учреждений матери традиционно ожидают, что вопросы о беременности, родах и состоянии ребенка обычно выясняют медицинские работники. Во-вторых, ориентированный на последующее междисциплинарное рассмотрение проблемы неонатолог уже при первой встрече пытается определить не только медицинские, но и социальные факторы риска в развитии ребенка. В конце первой встречи может быть выдано направление на оценку функционирования сенсорных систем ребенка, на заполнение шкал развития младенца или ребенка раннего возраста. Определяется дата формализованной процедуры оценки взаимодействия матери и младенца, выдаются бланки и опросники для определения потребностей семьи, индивидуальных психологических особенностей матери. . 4. Выясняются качество отношения и характеристик взаимодействия матери и ребенка, особенности поддержки матери членами семьи, потребности семьи. С помощью психол. методов определяются индивидуальные психологические особенности матери. . 5. Информация о результатах предыдущих встреч с ребенком и семьей сообщается педиатром-неонатологом всем сотрудникам программы. Междисциплинарная команда встречается с родителями и ребенком, проводится междисциплинарная оценка основных потребностей, сильных и слабых сторон ребенка и семьи. В результате работы в этой области были освоены стадии данного процесса: формирование терапевтического союза с родителями и ребенком, сбор данных о ребенке и семье, неформальное наблюдение, проведение формального тестирования, формулирование сильных и слабых сторон ребенка и семьи, обратная связь и обсуждение. . 6. Члены междисциплинарной команды обсуждают результаты наблюдений и оценки ребенка и семьи, определяют возможные направления и стратегии раннего вмешательства, частоту встреч, длительность программы, выделяют основное для работы с ребенком и семьей сотрудника. При обсуждении длительности программы

рассматриваются три варианта — однократная, кратковременная или долговременная программа раннего вмешательства. В первом случае после встречи с неонатологом и участия в формализованной процедуре оценки взаимодействия матери и младенца родителям и ребенку бывает достаточно одной встречи с командой сотрудников программы, процедура междисциплинарной оценки может рассматриваться в том числе и как метод группового терапевтического вмешательства. В кратковременной программе (и на этапах долговременной программы) могут быть использованы описанные выше модели кратковременного психотерапевтического вмешательства, в некоторых случаях в сочетании со специальными программами для удовлетворения потребностей развития ребенка в основных областях. Долговременная программа раннего вмешательства необходима для младенцев со значительным отставанием в развитии и требует разработки индивидуального плана обслуживания. Для дальнейшего проведения раннего вмешательства выделяется сотрудник, профессиональная ориентация которого соответствует ведущей потребности ребенка и семьи и главному направлению вмешательства. Так, дошкольный преподаватель может проводить образовательную программу (отдельно для ребенка, отдельно для матери, для каждого из них в присутствии другого, для двоих отдельно или в группе из нескольких матерей и детей) и использовать для этого, например, модель игрового взаимодействия. В соответствии с базовым образованием специалист в области развития движения или специальный преподаватель может быть нацелен на организацию индивидуального окружения и спец. обучение ребенка, предоставление нового опыта в процессе сенситивного взаимодействия с одновременным обучением матери и других членов семьи. Психолог (-терапевт) мог быть направлен на организацию взаимодействия матери и младенца, используя различные направления психотерапевтического взаимодействия с ребенком и родителями. В случае междисциплинарного подхода не только на этапе оценки семьи и младенца с особыми потребностями, но и на этапе выбора оптимального направления и реализации программы представители различных профессий (а

иногда и школ подхода) могут проводить различные варианты раннего терапевтического вмешательства. По необходимости остальные члены команды консультируют выделенного сотрудника, а в некоторых случаях присоединяются к работе. С нашей точки зрения, такая модель работы команды сотрудников, различная профессиональная ориентация которых необходима для удовлетворения множественных потребностей младенцев из групп риска отставания в развитии и их семей, соответствует теоретическим представлениям об изменении функционирования с-мы через различные точки приложения вмешательства — наблюдаемое поведение матери и младенца, взаимодействие между ними, представления матери и младенца. . 7. Последний этап- окончание программы раннего вмешательства и, в некоторых случаях, перевод ребенка и семьи в другую программу (напр., в группу детского сада).

В предлагаемой программе осуществляется переход к трехступенчатой системе оценки уровня функционирования младенца, сильных и слабых сторон ребенка и семьи. В случае когда после междисциплинарной оценки возникает необходимость в дополнительной встрече и наблюдении за функционированием ребенка, система оценки может доходить до требуемых в современных программах раннего вмешательства 4-5 ступеней. Собирается информация, позволяющая прояснить относительное влияние конституциональных характеристик ребенка, истории его развития, особенностей взаимодействия матери и ребенка, семейных отношений, условий жизни и др. на актуальный уровень развития ребенка и особенности функционирования. Анализ истории становления программ раннего вмешательства и его различных видов показывает, что семейно-центрированность и изменение взаимодействия матери и ребенка рассматривается *не только как неотъемлемая цель раннего вмешательства, но и как показатель ее эффективности.* Для анализа результатов терапевтического вмешательства в рамках такого подхода сравнивались характеристики взаимодействия на первоначальном этапе определения

потребностей ребенка и семьи и через несколько месяцев после начала программы. Было выявлено, что после проведения раннего вмешательства характеристики состояния, социального поведения и взаимодействия матерей и детей из группы риска отставания в развитии не отличаются от таковых в контрольной группе матерей и здоровых детей. Наблюдалось улучшение социально-эмоционального функционирования, и после раннего вмешательства дети с особыми потребностями для продолжения социализации могут быть переведены в группы детского сада к нормально развивающимся сверстникам. На основании опыта организации программы был разработан проект положения о службе ранней помощи для младенцев и детей раннего возраста с особыми потребностями как подразделения при дошкольном образовательном учреждении, с описанием целей, задач и содержания работы службы, определением критериев создания и условий финансирования, штатных единиц и порядка руководства. Положение включает в себя описание используемых пособий, перечень и должностные инструкции специалистов, список документов, необходимых для организации службы. Обслуживание проводится бесплатно для семьи, за исключением некоторых специально оговоренных случаев. Законодательной основой предлагаемой модели является статья 18 п. 5 Закона Российской Федерации об образовании и Программа развития образовательной системы СПб в 1996-2000 гг., проект «Город — малышам». С нашей точки зрения, организация подразделений для семейно-центрированного обслуживания младенцев и детей раннего возраста с особыми потребностями в дошкольных учреждениях системы образования перспективна, поскольку: а) персонал детских садов направлен на создание условий не столько для лечения, сколько для развития ребенка (в то же время в каждом детском саду есть подразделение медицинского обслуживания детей); б) обычно родители приводят ребенка в детский сад ежедневно, кроме выходных дней, т.е. для родителей младенцев с особыми потребностями естественно приходиться с ребенком в такое учреждение несколько раз в неделю; в) подразделение семейно-

центрированной, междисциплинарной ранней помощи может стать моделью для преобразования ясельных групп детского сада; г) сеть дошкольных учреждений системы образования развита и распространена, детские сады есть в каждом районе города и обычно расположены близко к месту проживания семьи; д) по окончании программы раннего вмешательства существует возможность включения детей с особыми потребностями в обычные группы детского сада. **Направления дальнейшего развития программы.** На протяжении всего времени организация программы ранней помощи в дошкольном учреждении системы образования сталкивалась с объективными трудностями в виде, например, практически полного отсутствия социальной работы и поддержки семей детей с особыми потребностями. Возникает вопрос о том, что произойдет с семьей и ребенком по достижении им трех – четырехлетнего возраста и окончании программы. Результатом жизни в неразвитой и ригидной системе социального обслуживания может быть то, что даже после нескольких лет сохранения сильно отстающего в развитии ребенка в семье родители все же будут вынуждены передать его в институты сегрегации. К середине 1990-х гг. в системе дошкольного образования Санкт-Петербурга у детей с особыми потребностями появилась возможность посещать специально организованные для них группы «Особый ребенок». Другим направлением продолжения программы развития детей групп риска может быть создание на базе широко распространенной сети дошкольных учреждений, в частности в имеющихся в каждом районе детских садах, объединенных групп для здоровых детей и детей с особыми потребностями. Существуют различные подходы к организации этих групп — интеграция, включение, объединение с основным потоком детей. Такое направление может быть наиболее перспективным, если программа раннего вмешательства также создана в дошкольном учреждении. В этом случае возможна организация плавного перевода ребенка в группу того же детского сада, что обеспечивает детям и родителям безопасность перехода от программы к программе, смягчает прохождение адаптации к новым

условиям, обеспечивает преемственность отношения и социального опыта. К настоящему времени командой сотрудников дошкольного образовательного учреждения создана возможность перевода и включения детей, в течение нескольких лет посещавших службу ранней помощи и нуждающихся в продолжении обслуживания после превышения 3-4-летнего возраста, в группы того же детского сада. Организованы группы совместного пребывания здоровых детей и детей из групп риска отставания в развитии. Предлагается модель дошкольного образовательного учреждения, осуществляющего поэтапное и преемственное междисциплинарное семейно-центрированное обслуживание детей младенческого, раннего и дошкольного возраста и состоящего из двух подразделений: 1) службы ранней помощи для младенцев и детей раннего возраста с особыми потребностями; 2) подразделения включения детей, прошедших раннее вмешательство, в группы сверстников дошкольного возраста.

Поддержка родителей детей с особыми потребностями. Вне зависимости от уровня развития и медицинского диагноза основной психологической потребностью каждого ребенка младенческого возраста является взаимодействие с постоянным, социально-отзывчивым взрослым. Впитывая и проживая все многообразие материнского поведения, ребенок откладывает в копилку представлений о себе те нити и краски отношений, из которых создается образ себя, достойного или недостойного любви. Когда в семье рождается ребенок с особыми потребностями — тот, кого обычно раньше называли инвалидом, благополучие взаимодействия с ним близких взрослых подвергается серьезному испытанию, хотя со временем между ребенком и родителями развиваются отношения любви привязанности. Первоначально нарушение развития у ребенка вызывает у членов семьи шок, переживание горя амбивалентное отношение к малышу, отвержение. Боль и чувство вины, гнев и разочарование, временная потеря контроля над реальностью держат всю семью в плену: многие семьи переживают изоляцию, остаются наедине со своим горем, никому не показывают слез, в самих себе ищут силы справиться

с кризисом. Диагноз или нарушение развития ребенка является источником стресса не только для семьи, но и для самого малыша. Ребенок оказывается в заложниках, ожидая преданности и отзывчивости от родительского поведения, которое в случае рождения ребенка с особыми потребностями пронизано **полярными чувствами** заботы и гнева, любви и разочарования. У многих детей с нарушениями развития погружение в водоворот эмоционального стресса родителей проходит на фоне массивного медицинского лечения, что делает положение ребенка еще более уязвимым. Его реагирование на эти травмирующие факторы может выражаться регрессией до состояния очень глубокой задержки развития, подавлением способностей, **Пример: характеристики взаимодействия матерей с младенцами с синдромом Дауна (СД).** Так же, как и все дети младенческого и раннего возраста, младенец с синдромом Дауна направлен на поиск и поддержание социального взаимодействия с матерью. Социальные сигналы младенцев с синдромом Дауна были тщательно исследованы: зрительный контакт замедленный; социальное соотнесение вокализаций может быть нарушено; улыбка слабовыраженная, поздно появляющаяся; количество и длительность улыбок низкие; в целом сигналы слабые, «трудночитаемые». У младенцев с синдромом Дауна также часто нарушено развитие раннего рефлекторного поведения. Известно, что раннее рефлекторное поведение младенца обычно трактуется матерью как первый ответ на взаимодействие и как форма взаимности ложится в основу отношений. Нарушение этого поведения может восприниматься как отказ от контакта и неспособность его устанавливать. Своеобразные характеристики поведения ребенка определяют особенности поведения матери во взаимодействии с младенцем с синдромом Дауна: это гиперстимуляция, завышенные требования к младенцу, недооценка его успехов, низкая способность к подстраиванию и поддержке собственной игры ребенка. По данным литературы, в сравнении с матерями обычно развивающихся детей, матери младенцев с синдромом Дауна имеют тенденцию чрезмерно стимулировать ребенка, объясняя это низким уровнем

приглашений к взаимодействию со стороны ребенка и низкой интенсивностью его сигналов. Высокий уровень стимуляции отчасти вызывается сильной тревожностью и желанием продемонстрировать способности ребенка в выгодном свете. Направленность программ ранней помощи на взаимодействие матери и младенца помогает родителям адекватно оценивать развивающиеся способности ребенка, выделять сигналы младенца и следовать им, поддерживая заинтересованность ребенка в социальном диалоге с близкими взрослыми. Нарушением коммуникации, тревожностью и другими защитными механизмами. Этот феномен группа специалистов, работающих с детьми и взрослыми с нарушенным интеллектом в технике психоаналитической терапии, назвали **вторичной умственной отсталостью**. Ее причина — эмоциональное страдание маленького человека. Психол. процессы, сопровождающие адаптацию родителей к особым потребностям их ребенка, являются фокусом социально-психологической работы с семьей в программах ранней помощи. Поддержка родителей младенца с особыми потребностями, обращение специалиста к эмоциональной жизни младенца, чуткость к сигналам и уважение его чувств.

II Социально-психологическая работа с подростками

Подростковый возраст (11-17 лет) —. В психолого-педагогической литературе к числу основных причин, факторов, условий дезадаптационных сдвигов у подростков относят, прежде всего, особенности социокультурного уровня в их развивающейся психосоматической структуре. Главное здесь нарушение относительного равновесия латентного периода в развитии детей в связи с половым созреванием (пубертат) в подростковом возрасте. В целом биологическое развитие подростков резко усиливается, тогда как социокультурное значительно отстает. Существенные изменения происходят в интеллектуальной сфере. Формируются навыки логического мышления. В поздние этапы подросткового возраста (старшеклассники) уровень развития позволяет подросткам решать сложные умственные задачи, характерные для взрослых, причем, как отмечается в современной психологии, «развитие

средств познания очень часто опережает собственно личностное развитие». Бурные изменения происходят в эмоционально-мотивационной сфере. резкая смена настроений и переживаний (от веселья к унынию и наоборот), повышенная возбудимость, импульсивность, поляризация эмоций и чувств. Расширяется круг интересов, потребностей, - Интенсивно развивается самосознание («Я-концепция»), мировоззренческие позиции. Мотивы возникают на основе сознательно принятого решения, многие интересы приобретают характер стойкого увлечения. - В общении в отличие от предшествующего детского периода особое значение приобретает потребность в принадлежности к какой-нибудь группе, в первую очередь, к группе сверстников (подростковая реакция группирования). - Подрыв или разрыв связей с родителями, стремление к «взрослости» и независимости («реакции эмансипации»). - Резко возрастает интерес к сексуальным половым вопросам, мотивация поведения отчетливо выражает гендерные особенности. . В целом поведение молодых людей в подростковом возрасте определяется сложным взаимодействием отмеченных объективных закономерностей психосоматики, биологических и социокультурных процессов с активно формирующимися индивидуально-личностными различиями (тип темперамента, характера, уникальность и своеобразие конкретных подростков).

Наряду с активным развитием половой сферы и соответственно сексуально-полового поведения важнейшей особенностью поведения в подростковом возрасте, как общим следствием изменений в психосоматике, является подростковая агрессивность. Психологические исследования показывают, что у мальчиков истоки агрессивного поведения проявляются в 12 и 14-15 лет, у девочек в 11 и 13 лет. У мальчиков наиболее выражена склонность к прямой физической и вербальной (проклятия, угрозы) форме агрессии, а у девочек - к прямой вербальной и косвенно вербальной. И у мальчиков и у девочек в 12-13 лет наиболее выраженной формой агрессии является негативизм, то есть оппозиционная манера поведения, обычно

направленная против авторитета (родителей, определенных взрослых, установленных норм и др.). Нередко обнаруживается аутоагрессивное поведение, то есть, агрессия направленная на себя. Как отмечается в исследованиях, аутоагрессия и ее уровни связаны с рядом социально-психологических и индивидуально-личностных особенностей подростков: уровень аутоагрессии коррелирует с интроверсией, педантичностью, депрессивностью, невротичностью, низкой самооценкой своих психосоматических способностей (память, мышление, тело и т.п.). Установлена отрицательная корреляция уровня аутоагрессии, с общительностью, коммуникабельностью, и положительная - с застенчивостью, нерешительностью межличностного взаимодействия, дезадаптационными процессами. Сложное взаимодействие социокультурных факторов (в частности, кризисные тенденции в обществе, особенно в современной России), общих психосоциальных и индивидуально-личностных особенностей молодых людей определяет различные формы дезадаптации и девиантного поведения (делинкв., аддиктивности) – преступности, наркомании, алкоголизма, проституции и т.п. При этом, как отмечается в специальных исследованиях, «необходимо разделять нарушения поведения в детском и подростковом возрасте как проявление болезненно измененной личности и психики в целом, и как следствие неблагоприятной ситуации воспитания». Трудновоспитуемость и педагогическая запущенность «формируется в результате искаженных механизмов социализации ребенка и подростка». В концепции ранней профилактики поведения (автор Л.В. Яссман) подчеркивается необходимость ранней диагностики склонности к асоциализации у детей и подростков.

Наиболее сложной проблемой в системе социально-психологической работы с «трудными» подростками является проблема их воспитания, преодоление дезадаптационных процессов, их социально-психологическая реабилитация. Помещение молодых правонарушителей и лиц с аддиктивным поведением (склонных к уходу от реальности на основе специального

изменения своего психического состояния путем злоупотребления алкоголем, наркотиками, азартными играми (например, компьютерными) и т.п.) в специальные заведения (колонии, спецшколы, спецучилища, реабилитационные центры и т.д.), как свидетельствует практика, достаточно часто превращается в способ подготовки будущих взрослых преступников, членов организованных криминальных группировок. Этому способствуют, 1) такой объективный фактор как сам процесс сосредоточения в одном замкнутом изолированном пространстве значительного числа лиц с девиантным поведением, в силу чего необходимо начинающие действовать социально- психологические механизмы поведения людей в группе – внушение, заражение, подражание, иерархия отношений (разделение группы на лидера и зависимых от него) и другие – создают реальные предпосылки дальнейшего развития девиантных наклонностей. 2) другой стороны, неадекватные формы воздействия и воспитания, применяемые персоналом заведений, в частности, жестокое обращение с воспитанниками, непонимание и нежелание вникать и понимать их внутренний мир, личности и специфику межличностных отношений и т.п. . Отсюда следует, что с целью повышения эффективности соц-психологической работы в местах изоляции подростков, в колониях и центрах необходимо реализовать ряд социально-психол. принципов. Так, создать для воспитанников систему физической и психологической защиты от влияния лидеров с криминальными наклонностями. В этой связи важно учитывать принцип совместимости подростков друг с другом. Принимая во внимание характерную для подросткового возраста потребность в смене впечатлений, повышенную импульсивность, развитие когнитивных способностей нецелесообразно направлять подростков на однотонную, однообразную, рутинную неквалифицированную работу. Кстати, практика показывает, что использование подростков на таких работах, чаще всего, вызывает девиантные поведенческие реакции (отказ, депрессии, фрустрации и пр.), тогда как участие их в интеллектуально интересных, требующих творческого подхода

видах деятельности способствует развитию позитивных черт личности, преодолению дезадаптационных процессов, социально-психологической реабилитации. Специалистам соц-псих службы (психологам, воспитателям и др.) в работе с молодыми правонарушителями необходимо в опр. мере абстрагироваться от того, кто является объектом их внимания. Работать как и в обычном процессе псих. консультирования. . В современной соц-псих работе с **аддиктивными девиантами** (наркоманами, токсикоманами, алкоголиками и т.п.), в профилактике и реабилитации получили развитие принципы и методы, теоретически и практически обоснованные крупными российскими и советскими психиатрами, в частности: В.А. Гиляровским (идея соц терапии больных неврозами, основанной на сочетании коллективного труда, арттерапии, занятий физкультурой, ритмикой и соответствующего воспитания), С.И. Консторума (понятие об активирующей психотерапии), Я.И. Ильона (метод «социально-трудового режима», основанный на рефлексологическом учении В.М. Бехтерева), Я.П. Бугайского (идеи связи трудовой терапии с системой других социальных мероприятий, предвосхитившие концепцию терапевтического общества британского психиатра М. Джонса, базир-ся на психоанализе). В совр. психиатрии и психотерапии (Э.А. Бабаян, М.М. Кабанов, П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг и др.) большое внимание уделяется пробл-м профилактики и реабилитации наркомании, разработке их принципов, методов и программ. М.М. Кабанов-границы м-ду лечением (вторичной профилактикой) и реабил-цией достаточно условны: «реабилитация есть иной подход к больному», цель которого состоит в восстановлению его л-тного и соц.статуса..Кабанов сформулировал четыре принципа реабилитации: 1) принцип единства биологических и психосоциальных методов воздействия; 2) принцип разносторонности (разноплановости) усилий и воздействий для реализации ... реабилитационной программы; 3) принцип партнерства между больным и врачом; 4) принцип ступенчатости (переходности) прилагаемых усилий, проводимых воздействий . и мероприятий. . Среди реабилитационных

программ в соц-псих р-те с наркоманами и др. важнейшее значение имеют программы индивидуального псих.консульт-ния, программы группового консультирования, программы реабилитации наркозависимых в общине. Программа индивидуального консультирования проводится (в частности, после прохождения стационарного лечения на базе общественной организации «Возвращение» и благотворительного фонда «Возвращение в течение 12 лет). . В первый год проводится одна полуторачасовая беседа каждую неделю, в последующие годы - раз в месяц. При необходимости (в случае неожиданных проблем) встречи проводятся и во внеурочное время. В ходе реализации программы групп. консультирования пациенты сами обсуждали свои проблемы и трудности, возможные пути решения, использовали опыт преодоления наркозав-ти у других членов группы и руководителя. Это помог-ло поверить в возможность решения соб-ных проблем. В итоге реализации программы у пациентов возникает более критичное отношение к наркомании как к болезни, улучшается псих состояние. Больные становятся более общительными, спокойными, уверенными. . Реабилитация в терапевтической общине предполагает безлекарственное поддер-живающее лечение наркозависимых и означает, как правило, кратковременное пребывание пациента в стационаре для детоксикации, а затем нахождение его в общине сроком от неск-х недель до года. В общине работают бывшие наркоманы, под рук-вом которых наркозависимый получает консультативную помощь относительно своего будущего поведения и жизни в обществе (микросреде). При этом обсуждаются разл. вопросы реадaptации и ресоциализации наркозависимых после выхода из общины.

Ш. Пожилые люди.

Основные формы психологической работы с ПЛ в условиях стационарного учреждения.(пс ПВТ № 29 Фролова ТО). Одним из элементов социальной политики, активно развивающихся в современной России, является СР с ПЛ. Это связано со значительным увеличением доли пожилых и старых людей в общей структуре населения. Уже к середине XXI

века в возрастном составе населения планеты на 1/3 сократится удельный вес детей (0—14 лет) и более чем в два раза увеличится доля 60-летних и старше. Ср. возраст населения планеты к 2050 г. превысит 72 года... Предпринимаются шаги, направленные на сохранение нравственных ценностей, носителями которых традиционно являются пожилые люди, на укрепление солидарности поколений, на вовлечение пожилых людей в политическую, социальную и культурную жизнь. ...спрос населения, особенно граждан пожилого возраста, на соц услуги устойчив в будущем будет только возрастать. Наличие большого числа групп ПЛ с особыми потребностями (инвалидов пожилого возраста, долгожителей, одиноких, длительно болеющих, проживающих в отдаленных сельских районах и др.) приводит к изменению структуры спроса на соц услуги. Особенности пожилого возраста. Для того чтобы научиться оказывать эффективная и квалифицированная помощь ПЛ, необходим индивидуализированный подход к каждому. Это означает, что знание социально-психологических особенностей ПЛ, их потребностей и возможностей приобретает решающее значение для специалистов, работающих в стационарах, результат деятельности которых во многом зависит от успешного взаимопонимания со старыми людьми. Необходимо учитывать особенности, которые определяются, по крайней мере, двумя характерными чертами стиля жизни пожилых людей. Как правило, жизнь пожилого человека не богата разнообразными событиями. Однако эти события заполняют собой все его индивидуальное пространство и время. Так, приход врача — это событие, которое может заполнить весь день. Поход в магазин - тоже событие, которому предшествует тщательная подготовка. Иными словами, происходит гипертрофированность, "растягивание" событий. Событие, которое воспринимается молодыми как незначительный эпизод, для пожилого человека становится делом целого дня. Помимо "растянутости" событий наполненность жизни может осуществляться путем гипертрофированности какой-либо одной сферы жизнедеятельности. Известно, что людям

престарелого возраста присущи когнитивные, физиологические и психические изменения. Негативное влияние подчас оказывает смена места жительства, привычного окружения. Эти факторы способствуют нарушению адаптивных процессов. Поэтому очень важно помочь пожилым людям адаптироваться к новым для них условиям.

Организация работы с пожилыми людьми в стационарном учреждении. Пансионат - медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного пребывания в нем престарелых граждан и инвалидов, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. Одной из важнейших целей нашего дома является социально- психолог. адаптация людей пожилого возраста и инвалидов к стационарным условиям проживания. Основные задачи деятельности сотрудников пансионата: • материально-бытовое обеспечение проживающих, • создание для них благоприятных условий жизни, приближённых к домашним, • организация ухода за проживающими, • оказание медицинской помощи, • организация культурно-массовой работы, • осуществление мероприятий, связанных с социально-трудовой реабилитацией инвалидов. Проживающие пансионата обеспечиваются благоустроенным жильём с мебелью и необходимым инвентарём, постельными принадлежностями, одеждой, обувью. Им предоставляется питание, в том числе и диетическое. Осуществляется плановая диспансеризация и лечение, организуется консультативная медицинская помощь специалистов, а также госпитализация нуждающихся пожилых людей в лечебно-профилактические учреждения. Проживающие обеспечиваются при необходимости слуховыми аппаратами, очками, протезно-ортопедическими изделиями, а также “малыми” средствами передвижения. Для ветеранов организуются и проводятся различные культурно-массовые мероприятия. Большое значение придается специалистами активизирующей терапии. Наиболее сложными для лиц пожилого возраста являются первые месяцы пребывания в доме-интернате. Нами была обследована группа пожилых людей из 80 человек в начальном

периоде адаптации их в учреждении. Наблюдение проводилось в течение 6 месяцев. Осмотр проводился в течение первого месяца - еженедельно, в течение второго и третьего – трижды в месяц, в последующем - один раз в месяц. Основные кризисные моменты - первые дни. Это связано с поступлением ветерана в пансионат, сменой жизненного стереотипа, осознанием необходимости посторонней помощи, опеки. В течение первого месяца пребывания ветерана в доме сотрудниками решается вопрос расселения в жилых комнатах. При этом возникают и вопросы межличностных отношений, психологической совместимости. Через 6 месяцев проживания пожилого человека в пансионате окончательно решается вопрос о его прописке. При изучении потребности в медицинской помощи установлено, что для пожилых людей в начальном периоде адаптации наиболее актуально поддерживать медикаментозное лечение в 89,5 % случаев; диспансерное наблюдение - в 76,8 %; лечебная физкультура – в 57,9%; а 25% обеспечиваемых нуждаются в психиатрической помощи.

Социально-психологическая адаптация пожилого человека осуществляется в три этапа. Первый этап — пребывание и оформление. На этом этапе представители администрации, медицинский персонал, психолог, культорганизатор, библиотекарь разъясняют вновь поступившему цели и задачи работы учреждения и деятельности сотрудников, проводят первичный сбор данных, знакомят пожилого человека с распорядком дня, правилами поведения в доме и проводят экскурсию по пансионату. При этом используются разнообразные формы и методы: беседа, консультирование, рассказ о досуге и быте учреждения, опрос и др.

Все эти мероприятия способствуют улучшению адаптации поступивших, позволяют снизить неуверенность, тревожность, повысить самооценку, почувствовать себя нужным. Самое главное на этом этапе — установить причину поступления в дом- интернат. Как правило, причины, по которым люди обращаются к нам, можно разделить на три группы: 1) социальные (36 %): отсутствие жилья или угроза его потерять, минимальный

размер пенсии и др. 2) медико-социальные (18 %): необходимость постоянного медицинского ухода и наблюдения; 3) психологические (46 %): семейные конфликты, грубое отношение окружающих, одиночество. Все вышеперечисленные причины требуют активного вмешательства специалистов учреждения в адаптационный процесс.

Была разработана карта-информация для вновь поступающих ветеранов. В ней отражены не только биографические данные, но и взаимодействие с родственниками (если они имеются), профессиональные умения на данный момент времени, круг интересов и многое др. Второй этап — размещение для проживания в доме-интернате. Данный этап характеризуется дополнительными эмоциональными нагрузками для пожилого человека. Перед ним встает проблема вынужденной адаптации к новым условиям с длительной перспективой. Здесь огромную роль играют такие факторы как подбор комнаты, соседей, создание комфортного психологического климата, поддержание традиций и т.д. Для того чтобы наиболее эффективно помочь человеку на этом этапе, необходимы сведения об его индивидуально-психологических особенностях. В связи с этим проводится социально-психологическая диагностика, направленная не только на изучение индивидуальных особенностей личности, но и на выявление его самочувствия, активности, настроения, склонности к конфликтам. При этом используются следующие методики: опросник «САН», методика Айзенка, опросник Томаса. Для людей, имеющих проблемы в процессе адаптации, разрабатывается программа коррекционно-реабилитационных занятий. На этом этапе адаптации коррекционно-реабилитационные занятия проводятся в комнате психологической разгрузки индивидуально. Результаты заносятся в индивидуальную коррекционно-реабилитационную карту. Третий этап — более длительный — проживание в доме-интернате первые шесть месяцев. Здесь перед человеком встает проблема принятия окончательного решения: остаться в доме-интернате на постоянное место жительства или вернуться обратно (если это возможно). В этот период у человека происходит

критическая оценка как социально-бытовых условий в доме-интернате, так и своих возможностей для адаптации к ним. Одним из наиболее эффективных методов работы на этом этапе является создание благоприятного психологического микроклимата. Осуществляется это путем включения человека в группу взаимопомощи, которая включает в себя не более семи человек, причем участники группы идентичны по полу и возрасту. Функции группы заключаются в следующем: 1) члены группы чувствуют к себе внимание и поддержку; 2) группа учит позитивной коммуникации; 3) члены группы получают практические рекомендации по преодолению трудностей, возникающих в процессе адаптации. Процесс адаптации престарелых и инвалидов протекает более успешно благодаря слаженному взаимодействию всех структур пансионата в направлениях профилактики стрессовых состояний ветеранов, малой информированности о внешнем мире, гиподинамии, скученности. В нашем учреждении это решается следующими методами: активная работа со СМИ, беседы, создание стендов, организация комфортной среды, сохранение одежды взятой из прежнего дома. Необходимо дать вновь поступившему пожилому человеку психологическую установку на новый образ жизни, и, что особенно важно, на активизацию жизнедеятельности, выявить среди них лидеров, которые могут помочь в деле. По отношению к обеспечиваемым в пансионате рекомендуется введение дифференцированных режимов адаптации на каждом клиническом отделении. 1-й режим - режим общественно-трудовой занятости. Он направлен на поддержание личной активности, способствует реализации интересов, знаний, установок, потребности в общении. Это социально активные люди, которые заняты во всех аспектах жизни учреждения. 2-й режим - лечебно-активирующий режим. Его назначают для поддержания полезных навыков и умений, оживления общения и бытовой адаптации. В реализации этого режима большую роль играют культработники, библиотекари, инструкторы лечебной физкультуры и трудовой терапии. 3-й режим - лечебно-охранительный режим. Осуществляет его медицинский персонал для

поддержания функциональных способностей и отправления физиологических функций индивидуально по отношению к каждому проживающему. Указанные режимы приводят в соответствии с уровнем активности пожилых, что позволяет адекватно направить усилия персонала на организацию СПА.

Работа психолога в решение проблемы адаптации пожилых людей в пансионате.

1. Психологическое просвещение Эта форма работы наиболее доступна, она предполагает массовое обучение по специальной литературе (брошюры, памятки др.) В ней может быть представлена информация об особенностях пожилого возраста, основных трудностях, с которыми может столкнуться пожилой человек при выходе на пенсию. Однако невозможность индивидуального подхода снижает ее эффективность.
2. Консультирование. Организация индивидуальных консультаций по различным вопросам, например, подготовке к выходу на пенсию. Основным достоинством данного метода является индивидуальный подход и устная форма подачи материала. В процессе консультирования у специалиста появляется возможность расширить представления пожилых людей об образе жизни на пенсии, а также помочь решить различные психол. проблемы, которые могут затруднить процесс адаптации на пенсии. В нашем учреждении психолог проводит работу по профориентационному консультированию. В нашем пансионате в штате работают обеспечиваемые, на таких должностях как дворник, санитарка, швея, курьер, киномеханик, гардеробщик и т.п. Их пример стимулирует остальных ветеранов, они придумывают себе работу, например, «старший по этажу», «дежурный буфета», «ответственный за уют». Так же есть еще одна не менее успешная программа, посвященная работе по уходу за инвалидами и лежачими обеспечиваемыми, которая является прекрасным средством занять время и тренировать познавательными способностями с целью отдаления интеллектуального угасания. Работа с родственниками пожилых людей может быть организована в консультативной форме. На этих встречах психологом подчеркивается значимость социальной поддержки.

3. Групповая работа. Основная цель групповой работы - это создание психологических условий для адаптации пенсионеров. Психологом проводятся коммуникативные тренинги, тренинги креативности, сенситивности, уверенности в себе.

При построении программы групповой работы важно учитывать личностные особенности пожилых людей. На группах проводится работа по формированию адекватной самооценки, принятию пожилыми людьми на себя доли ответственности за происходящее в их жизни, пониманию того, что многое можно изменить самостоятельно, построению планов на ближайшую перспективу. Правильный выбор занятий в сфере досуга и отдыха являются существенным положительным фактором социальной адаптации в нашем стационаре. Мы стараемся предоставить реальные возможности для разностороннего проявления социальной активности личности как предпосылки рационального образа жизни. При этом важно, чтобы Пчк имел возможность выбирать самому себе вид деятельности, в соответствии с внутренними интересами. В условиях стационара оправдывает себя организация различных кружков и курсов по интересам (вязание, изготовление различных поделок, изучение искусства и др.). Организация такой работы помогает решить еще одну важную проблему пожилого возраста - наладить процесс взаимодействия ПЛ, их общение. Важно создать в стационаре условия для оптимизации процесса общения. Общественно значимой стороной работы по оптимизации общения является укрепление связи поколений. В наш пансионат часто приезжают детские художественные коллективы, включая творческие группы, учащиеся школ как с благотворительной миссией (поздравление с праздниками) так и с организацией всевозможных конкурсов, турниров. Периодически проводятся шахматно-шашечный турниры между обеспечиваемыми пансионата и учащимися Ломоносовской школы. Мероприятия такого характера благоприятно влияют на повышение активности и взаимной поддержки пожилых людей, на активацию воспоминаний, которые в свою очередь стимулируют память и независимое

мышление; поддерживают чувство собственного достоинства, гордость за собственные достижения; служат импульсом для появления новых интересов в жизни; помогают лучше понять молодежь через связь прошлого с настоящим. Так же эффективны совместные тренинговые занятия ветеранов и подростков, на которых происходит сочетание двигательной и социальной активности, целесообразного умственного напряжения, а результатами таких встреч можно отметить улучшение психоэмоционального состояния и мотивации пожилых людей, что, безусловно, крайне важно для этого возраста.

Опора на добровольцев и волонтеров из числа ветеранов позволяет нам успешно решать задачу по созданию благоприятной атмосферы для всех обеспечиваемых отделений. В процессе такой работы происходит общение и взаимопомощь, что избавляет от гнета одиночества, передавая положительные эмоции и настрой на позитив. Одним из примеров такой работы хочу отметить новогоднее поздравление наших обеспечиваемых, когда проживающий пансионата переоделся в Деда мороза, и мы ходили с персональными поздравлениями для каждого из ветеранов. Ощущение значимости своей роли и возложенной на него ответственности сыграло большую роль как в пересмотре своей жизни (Деда Мороза), так и повлияло на всех остальных. Они осознали, что так же могут и должны участвовать в организации собственного досуга и повседневной жизни. И главное чего мы смогли добиться - это донести, что необходимо ЖИТЬ, а не доживать. Ветераны поняли, что нужны обществу, что они не забыты, и нам крайне важен их опыт и мудрость. Хочу отметить нашу художественную самодеятельность, а именно ансамбль «Неженские узоры». Пение, танцы или просто движения под музыку полезны всем пожилым людям. Это позволяет снять физическое напряжение, способствует установлению связей между чувствами и движениями, высвобождает подавляемые эмоции и помогает сконцентрироваться на приятных воспоминаниях.

4. Стратегии поведения ПЛ и проблемы их социальной и психологической поддержке

Социально-психологические черты пожилого человека могут быть как в степени высокой сохранности, так и полностью разрушены, для их компенсации должны разрабатываться различные меры как государственного, так и индивидуального порядка. ПЛ люди реагируют на неблагоприятные условия жизни двояко. - - **конструктивно**-обращаются к стратегиям, смягчающим патогенный характер кризисной ситуации, и приемам активного совладания с трудностями. Напр., техника “антиципирующего совладания”. Она предполагает поиск новых путей в общественной жизни, планирование свободного времени, предвидение негативных состояний и событий в позднем периоде жизни, способность человека построить новую систему идентификации. . **Психологическое сопротивление**: реагирование на потерю личной автономии и свободы, увеличение мотивации в приобретении свободы и контроля над значим. событиями жизни. Пример такого способа реагирования – деятельность организации “Серые пантеры”, которая объединяет известных юристов и адвокатов, пытающихся контролировать соблюдение прав пожилых людей в экономике, политике и социальной жизни. Они борются за свои интересы с уверенностью в себе и с большой напористостью, пробуя новые формы жизни, такие как коммуны пожилых, где пессимизм считается недопустимым. Авторы этого движения утверждают, что подобные тенденции будут расти, потому что поколение, которое было воспитано на покорности, численно уменьшается, а число напористых, воспитанных на самостоятельности, растет. **Мотивация** псих сопротивления – сохранить или вернуть контроль над ситуацией и личностную свободу. Она обеспечивает самостоятельность в принятии решений, право выбора среди нескольких альтернатив, способность интерпретировать стрессовые события в жизни и вырабатывать творческие отношения...Другой путь- **компетентность**, т.е. успешное представление ПЛ о своих соц. ролях, способность адаптироваться к окружающей среде, изменениям в социальной ситуации, что дает чувство интегрального контроля. Можно сделать вывод, что психологическое сопротивление является механизмом псих защиты.

Рассматривая эту проблему, некоторые авторы считают, что “эрудированная беспомощность” пожилых и свехусердное, “полагающее” поведение родственников инфантилизируют пожилых, разрушают их компетентность. Социальная поддержка помогает П ощущать себя компетентными Л, она имеет разные виды: эмоциональная поддержка, материальная помощь, информационное содействие, помощь, оказываемая другими. Большую роль играет интенсивность взаимоотношений. Тесная, близкая дружба позволяет противопоставить стрессам и может предотвратить психическое расстройство. Немалую роль играет общение с родственниками, соседями. Установлено по значимости функциональной поддержки близкие люди распределяются так: супруг, друзья, взрослые люди. Влияние поддержки не связано с возрастными различиями и полом. Социальная поддержка должна быть частью реабилитационных мероприятий в ПВ. Участие в группе, контакты с другими людьми облегчают их социализацию вне группы. Социальная поддержка ЛПВ включает следующие факторы: * пожилой человек должен знать, что о нем заботятся, его ценят и уважают; * понимать, что негативные чувства, которые он испытывает в стрессовой ситуации (ситуации старения), – вполне нормальны, т. е. соответствуют возрасту и положению; * общество должно стимулировать пожилого человека к открытому выражению своих чувств и мыслей; * общество должно учитывать важность обратной связи (“взаимно-ответное действие пожилого на социальное одобрение”); Социальная поддержка от любого человека, включая членов семьи и друзей, должна признавать потребность пожилого в его собственном контроле самоопределения и найти альтернативные способы улучшения условий жизни пожилых. Социальная поддержка должна стать частью реабилитационных мероприятий в пожилом возрасте. Таким образом, расширение компетентности в пожилом возрасте – это решение таких задач развития, как: 1) приспособление – к потере физической силы и здоровья; – выходу на пенсию; потере супруга; 2) эксплицитное присоединение к возрастной группе пожилых; 3) гибкое и пластичное принятие социальных ролей

пожилых. **Неконструктивное реагирование**1) следствие внутреннего противоречия: ПЛ находятся в состоянии поиска средств для самореализации при наличии консервативности сложившихся форм социального поведения. 2) агрессивное поведение, когда ПЛ создают нетерпимую обстановку вокруг.

Основной способ психологической поддержки стареющих людей – обращение к тем их способностям, которых лишены молодые люди. Во-первых, это мудрость. Представление о здоровой и нормальной старости включает участие человека в общественной жизни, поддержание индивидуальных, семейных и других связей. Социально-психологическое положение пожилого человека определяется многими факторами. Считается, что наиболее важны для него две сферы: общение с окружающими и повседневная индивидуальная деятельность. Поэтому комплекс реабилитационных мероприятий, организуемых для пожилых людей, может быть успешно построен только с учетом важности этих двух сфер. Индивидуальная повседневная деятельность имеет огромное значение в наполнении социальным смыслом позднего периода жизни. Если на первых этапах начала старости для пожилого человека это сохраняемая или частично сохраняемая общественная деятельность, то затем (уже в возрасте “старой старости”) речь может идти лишь о тех или иных формах повседневной занятости. Часто психогеронтологи включают в курсы подготовки к выходу на пенсию или к позднему периоду жизни различные кружки по интересам (вязание, кулинария и др.) или клубы общения. Однако самое распространенное заблуждение состоит в том, что эту занятость легко организовать. Попытки искусственно возбудить интерес у пожилого человека к кулинарии, садоводству, филателии обычно оказываются безрезультатными. Точно так же для него редко оказываются интересными специально организуемые диспуты, экскурсии и т. п. Интерес к конкретному виду занятости возникает в позднем возрасте обычно в том случае, когда эта занятость “замыкается” на себя. Возможность выбрать самому себе вид деятельности и отдыха (в соответствии с внутренними привязанностями и интересами) более значима для пожилого человека, чем дорогое и хорошо

организуемое мероприятие. Успех или разочарование при попытках внести новое содержание в жизнь пожилых людей зависит от того, в какой степени принимается во внимание факт личного участия Пожилого человека в организуемом мероприятии. Для пожилого человека, включенного в клубную или общественную деятельность, важно иметь свой собственный социальный статус. Для этого создаются различные группы: по активности и интересам, программно ориентированные тренинговые, дискуссионные, родственников, самопомощи и социально-коммуникативные. Выступление перед слушателями повышает его значение для окружающих непосредственно в момент самовыражения, привлекая их внимание к собственной проблеме, а также устанавливая контакты с другими людьми, имеющими схожие проблемы. При этом под клубной деятельностью пожилых подразумевается процесс их взаимодействия, общения и культурный обмен, в результате которого изменяются личностные установки, развивается творческое мышление, что способствует развитию личности и противоборствует процессам ее угасания в позднем периоде жизни. Как отмечают многие авторы, при таком разнообразии возможностей трудно определить, а еще труднее увидеть, чего хотят сами пожилые.

Теоретические вопросы психологической работы с ПЛ. Многие психогеронтологи считают, что психоаналитическая теория не является полезной для стареющих людей. С ростом экзистенциальной и гуманистической психологии, транзакционного анализа и других школ терапии, родоначальниками которых являются К. Роджерс, Э. Берн и другие, индивидуальное и групповое обсуждение проблем пожилых людей получило легитимный статус для широкого использования в практике. Интересно то, что еще до распространения этих школ терапии многое из их практики использовали в уходе за недееспособными ПЛ профессионалы-непсихологи: священники, социальные работники, добровольцы. Обсуждение – групповая и индивидуальная работа с пожилыми – “случайный” продукт их деятельности, 'который (они выяснили) имеет значит эффект в плане под-держки любого

уровня (моральная, психическая, социальная и пр.). Поэтому в их практику и в практику психологов, работающих с ПЛ, вошел термин **“обсуждающие терапевты”**. Они обратили внимание на то, что в такой работе для терапевтов необходимы такие личностные качества как эмпатия, сердечность, искренность. Сравнительные исследования различных методов психологического воздействия с позиций глубинной психики и поведенческой терапии по результатам групп терапии Пожилых дают хорошие результаты. Для ПЛ рекомендуется аналитически ориентированные беседы, личностно-ориентированное консультирование и групповые занятия. Желательное направление психотерапевтической работы с Пожилыми – подчеркивание приятных сторон жизни, обогащение социальных контактов и стимулирование фантазии. Без этого любая реабилитация оказывается неполноценной. Однако, возрождая общую культуру клинической беседы, необходимо выработать особые техники обсуждения сложных жизненных ситуаций. Упор должен делаться не на прошлое или настоящее, а на будущее, т. е. на том, как продлить жизнь и наполнить ее действием в оставшиеся годы. **проблема** – круг общения по мере старения сужается, и вдобавок у ПЛ имеются трудности коммуникации. Наиболее подходящее при коммуникативных трудностях психологическое воздействие обеспечит группа. Но попытки расширить круг общения и модернизировать коммуникативные умения ПЛ будут иметь успех в том случае, если в группах общения или в дискуссии Пожилой человек сам будет проявлять активность, т. е. когда он не только получает информацию, но и несет ее. С точки зрения адлеровской психологии, основной проблемой ПЛ является не столько депрессия, сколько отсутствие адекватного понимания жизненной задачи в конце жизненного пути. Создание гр. поддержки – это способ развития социальных интересов и осознания жизненных задач. Участники учатся находить общую почву для общения, разделять чувства друг друга, обеспечивать для себя обратную связь. С этой целью их просят повторять слова друг друга, определять свои и чужие сильные стороны и отмечать то, что им нравится в других. В гр. обсуждаются жизненные задачи,

осуществляется индивидуальная постановка целей на каждую неделю. Если чк живет в эмоц значимой для него с-ции, то он не видит, не замечает иных событий. Это приводит к тому, что р-ры соб-ной проблемы вырастают до “вселенских”, что еще больше затрудняет выход из кризиса. Выход из травмирующей ситуации “вверх” предполагает расширение кругозора чка, возможность увидеть множ-во вар-тов решения и выбор наиболее подходящего для него. Любая проблема переживается как уникальная, присущая только данному чку. Однако информация о том, что другие люди сталкив-ся с такой же проблемой и успешно решают ее, может принести облегчение. Это предполагает возможность сравнить себя, свое отношение к проблеме с мнениями других людей. Необходимо дать пожилому человеку возможность понять, что отношение и позиция многое определяют в его жизни. Все это можно назвать **абстрагирова-нием от ситуации**: уточнение понятий, нахождение новых ценностей, смыслов, интересов. Но это действенно только в т.случае, если будет воплощено в реаль-ной конкретной жизненной ситуации, в поступках чка. Поэтому одновременно с абстрагированием необходим противоположный процесс: **конкретизация** тех или иных представлений. *Например*, обсуждая такие понятия, как добро или любовь, нена-висть или вражда, необходимо привести какой-либо пример из жизни, очень подробно описывающий конкретных людей в конкретной ситуации. Цель такого психотерап.возд-вия – преодолеть фиксированность на травмирующих переживаниях, направить внимание не внутрь себя, а вовне. Это даст возможность переоценить ситуацию в более широком контексте, увидеть множество вариантов поведения, скорректировать неадекватные запросы, прийти к больш принятию и лучшему пониманию себя и других.

. Практические вопросы психологической помощи При работе с пожилыми людьми применяется широкий спектр соц-псих методов: беседа, дискуссия, личн-ориентированная психотерапия, ролевые игры и др. Места работы с ПЛ могут быть различными: дома престарелых, центры дневного пребывания, центры соц обслуживания населения. Важно только, чтобы включение в

любую психотерапевтическую работу Пожилого человека было проведено не просто с его согласия, а по его инициативе. В этом случае возможен какой-то (+). Несмотря на то что существуют различные формы психотерапии для ПЛ, большинству из них недостает теоретического обоснования. Т.о., приступая к работе с Пожилым человеком, необходимо разработать концептуальную основу психотерапевтического воздействия или вмешательства. Возвращаясь к проблеме расширения компетентности в старости, необходимо заметить, что она решается в наст. время в ряде зарубежных стран. Было проведено исследование роли познавательной мотивации в продолжении образования и построении жизненных планов ПЛ. Исследователей интересовало взаимодействие между такими переменными, как потребность и опыт получения образования, реальный процесс обучения и его результаты., Анализ показал, что Пожилые начинают учиться в случаях переживания одиночества и феминизации общества, увеличения количества ПЛ. Было выделено пять мотивов учения: возможность изучить новую деятельность; после-профессиональная деятельность на обретение нового жизненного смысла; исполнение юношеской мечты; возможность новых контактов; “терапия самих себя”. Программа психологической профилактики с целью **создания и укрепления связей между Пожилым и обществом**. На 1 этапе Пожилой человек знакомится с возможностями социально--психологической помощи и условиями вовлеченности в психокоррекционную программу. На 2–используются методы психокоррекции направленные на создание атмосферы общности и сопричастности к полезной для о-ва группе (трудовая занятость или клубы по интересам). На 3 поддерживаются и развиваются самостоятельность и инициатива Пожилого человека и образовавшегося коллектива. . Программа - цель **выработка стратегии независимости** для Пожилых, их интеграция в о-ве и повышение качества их жизни. В основе - представление о творческом духе как основе жизненных сил человека. Состоит из трех этапов. . 1 цель воздействия – пробуждение у Пожилых желания узнавать новое, стимуляция воображения, любопытства. Для этого

применяются двигательные упражнения, танцы, упражнения на воображение, игры. . 2 этап воздействия – стимуляция мышления, восприятия, постановки и решения проблем. . . 3 - Пожилых учат находить и реализовывать творческие моменты повседневной жизни, выходить за пределы привычного круга событий и отношений. В результате - у ПЛ значительно возрастают показатели креативности, гибкости и беглости мышления. Сужение круга интересов в ПВ многие психологи и геронтологи рассматривают как приспособительный механизм, направленный на сбережение иссякающих сил и возможностей организма и поддержание наиболее важных функций. Тем не менее программы обучения или включения Пожилых в активное соц. функционирование необходимы. Работать в таких группах ПЛ важно начинать с начала периода старения, а не в старости, т.к. догматизм и недостаточная гибкость не позволят им перестроиться. Такое участие позволит Пожилую человеку выйти за пределы семейных и узкопрофессиональных интересов, в большей степени взаимодействовать с макросоциальной средой.

Социально-психологическая работа с пожилыми Пожилые и инвалиды. Это наиболее социально уязвимые слои населения. В настоящее время в России существует сеть домов – интернатов, в которые принимаются пожилые (женщины с 55 лет, мужчины с 60 лет) и инвалиды I и II групп старше 18 лет, которые не имеют трудоспособных детей или родителей, обязанных по закону их содержать. Работа с данными группами требует от персонала домов – интернатов, в особенности, от социальных работников хорошей психологической подготовки. Как уже отмечалось, важнейшим условием эффективности применения психотехнологий в практической СР с теми или иными группами населения, нуждающимися в соц– псих помощи, является, достаточно глубокое понимание. Много «болячек», которые вызваны во многом объективно самой по себе психологической перестройкой личности. В этом периоде у человека снижается жизненный тонус, возникает (или усиливается) пессимистический настрой в связи с осознанием неизбежного конца. Существенное значение играют особенности темперамента, характера,

экстра – интровертированность психики чка и т.п. Так, у лиц, склонных к самоанализу, к самокопанию и т.д. психическая перестройка происходит сложнее, острее, болезненней. «Уход в себя» нередко становится «уходом в болезнь». На фоне психофизиологических, органических и функциональных изменений (нарушения памяти, внимания, психомоторной деятельности, ориентировки и т.д.), в целом ухудшением адаптационных процессов у пожилых людей происходят негативные изменения психологического, духовного склада личности. Акцентируются некоторые черты характера: бережливость трансформируется в скупость, недоверчивость в подозрительность. Возникает ригидность, нетерпимость, консерватизм, неприятие нового (при одновременной переоценке прошлого) склонность к нравоучительству и т.п. **ПЛ в интернатах.** Исследование пожилых, поступающих в дома – интернаты свидетельствуют о развитии у них дезадаптационных процессов. Сам по себе переход из домашних условий в «казенный дом», воспринимающийся и переживающийся как последний этап перед уходом из жизни, смена старого привычного домашнего окружения новым (персоналом, часто нежелательными соседями и т.п.) может привести к психическим расстройствам. Согласно исследованиям, дезадаптационные реакции обнаружены у 43,5 % лиц, помещенных в дома – интернаты и выражаются в разных формах клиники: невротические состояния (36.5%), депрессивные реакции (слезливость, повышенная тревожность и пр.), психопатоподобные реакции (гневливость, склонность к конфликтам, недовольство персоналом, обида на родных и пр.). Формы дезадаптационных реакций во многом зависят от особенностей темперамента и характера. Например, большая часть дезадаптационных процессов обнаружена у эмоционально – лабильных лиц (66.9%). Отмеченные психологические особенности поведения пожилых требуют определенных соответствующих направлений и **форм социально – психологической работы** с ними. Важным направлением в этой работе является благополучное прохождение пожилыми соц. – психологической адаптации в доме – интернате, включающей три

основных этапа: 1) прием людей, поступивших в дом – интернат, в приемно – карантинном отделении; 2) расселение их для проживания в доме – интернате; 3) 6 местпробывание в учреждении, после чего они должны решить, оставаться в нем или нет. . Задача социального работника на первом этапе – снизить состояние неуверенности, тревожности у пожилых, оказавшихся в «казенном доме». Для этого необходимо дать клиентам достаточно полную информацию о жизни в доме – интернате (через стенды, альбомы с фотографиями и т.п., отражающими образ жизни, формы досуга и пр.), выяснить во время индивидуальных бесед причины поступления в интернат, ознакомить людей с условиями их будущей жизни, распорядком, функциями и т.д. После 2-х недельного пребывания в приемно – карантинном отделении пожилые переводятся на постоянное место жительства. Сложность **проблемы совместимости** людей в процессе проживания в одной комнате, требует учета индивидуальных психологических особенностей соседей. Избегать селить вместе лидеров. Более здорового соседа нужно научить общаться с более немощным и т.д. . В целом социальный работник (вместе с...) должен создать благоприятный соц- псих. микроклимат, обеспечить по мере возможности трудовую занятость пациентов, содержательный досуг, сформировать микросоциальные группы по интересам, активно развивать навыки общения и т.д. Весь комплекс данных форм работы с пожилыми, выражающий терапию средой ведет к их более успешной СПА и реабилитации. Отметим некоторые особенности социально – психологической **работы с инвалидами**, находящимися в домах – интернатах. Согласно «Декларации о правах инвалидов», принятой Генеральной Ассамблеей ООН 9 декабря 1971г. инвалидом признается лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной или социальной жизни в силу наличия врожденных или приобретенных недостатков и нуждается в соц. помощи и защите. Ограничение жизнедеятельности инвалидов выражается в полной или частичной утрате ими способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение,

контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью. Соц. работник должен узнать причину инвалидности. В стационаре инвалиды с детства составляют 64.8%, из них (83.3%) инвалиды с последствиями поражения ЦНС (остаточные явления д.церебрального паралича, полиомиелита, энцефалита, травм спинного мозга и т.п.) Нуждается в постоянном уходе (81%), передвигается с помощью костылей или кресел – колясок (50.4%), другие передвигаются самостоятельно, 10.9% инвалидов не могут обслуживать себя, 33.4% обслуживают себя частично. . В ходе работы с инвалидами, особенно молодыми, необходимо понимать их псих. особенности. - стремятся получить образование, профессию и трудоустроиться, удовлетворить потребности в создании семьи, в разнообразном досуге, в спорте и т.д. Вместе с тем, в сравнении со здоровыми для индивидов характерен низкий уровень групповой сплоченности, недостаточная сформированность соц–значимых целей, дефицит информации, ограниченность социальных связей и контактов (слепые, глухие и т.п.) и отсюда обедненность соц опыта. Необходимость **разнообразных форм и методов** работы. К ним относятся создание соответствующих условий жизни в интернате, проведение терапии средой, трудом, бытом, вовлечение молодых инвалидов в спортивные мероприятия, обучение возможным профессиям и Анкетирование, интервью, беседы дают информацию об интересах, запросах, пожеланиях. После проведения тех или иных мероприятий следует изучить их влияние на эмоциональную сферу, в целом на поведение инвалидов, выявить общность в интересах, увлечениях, стремлениях. С целью развития коммуникативных способностей, усиления сплоченности важно выявить в группе лидеров с положительной ориентацией, через которых можно влиять на других членов группы. Поскольку уровень и темпы СПА молодых инвалидов часто зависит от «привязанности» к своей болезни (отсюда подавленность «уход в болезнь» и т.п), постольку соц. работник должен выступать как психотерапевт – использовать методы отвлечения от пессимист. грустных мыслей и чувств и переключения умонастроения в позитивное

русло. Понимание (в необходимых пределах) и учет психофизиологических особенностей, изменений личностного плана особенно важны в процессе работы с **психическими больными и инвалидами**, находящимися в психоневрологических интернатах. В зависимости от степени изменений психики, умственной отсталости, нарушений эмоциональной сферы и пр. (олигофрения в разных формах, шизофрения и т.п.) социально – псих. реабилитация этой категории инвалидов требует применения специфических форм и методов СР. При психических заболеваниях значительно нарушаются соц связи и отношения -заболевает не орган, а в целом личность. Поэтому реабилитация психически больных выступает, прежде всего, как их ресоциализация. Коррекция личностных реакций происходит в зависимости от успеха «основного» комплекса мер по восстановлению (реституции) или компенсации нарушенных функций. С этим связана специфика основных этапов соц – псих реабилитации психически больных. В психиатрической литературе выделяются 3 основных этапа **реабилитации: 1) Восстановительный** – т.е. восстановительная терапия как средство достижения реадaptации и реабилитации. Основная задача этапа – предотвращение формирования псих. нарушений, в частности, явления госпитализма, т.е. нивелировки индивидуальных особенностей личности в итоге нахождения пациента в общих однообразных условиях стационара, отрыва от внешних социальных связей и т.п. Медикоментозные средства лечения должны сочетаться с психосоц. методами (терапия средой, занятость позитивными формами деятельности, психотерапия, л/фк и т.д.). **2) Реадаптационный** – т.е. терапия больных, имеющая целью приспособление их в той или иной степени к условиям внешней среды. Основными здесь являются психосоц. методы воздействия, стимулирующие социальную активность больных. Важное значение имеет трудовая терапия, обучение (переобучение) новой профессии, а также спец. педагог. (воспитательная) психотерапевт работа, проводимая с больными и их родственниками (обучение «умению жить», «умению работать», «умению общаться с

людьми»). Важную роль играет общение больных со здоровыми, лечение занятостью, культтерапия, лечебная физкультура. Биологическое лечение ограничивается приемом поддерживающих доз психотропных препаратов. 3) **Реабилитационный** (т.е. реабилитация в собственном смысле) – восстановление больного в правах, его индивидуальной и общественной ценности, прежних социальных связей, помощь в трудоустройстве и быту. Реабилитация проходит во внебольничных условиях (надомный труд, работа в лечебно- производственных мастерских, спец.цехах, на предприятии). . Наряду со стационарными формами важное значение в соц.- псих. работе с пожилыми и инвалидами имеет **надомное обслуживание**. Основными его организационными формами являются отделения социальной помощи на дому, отделения специализированной социальной помощи на дому, служба срочной социальной помощи, отделения дневного пребывания и др. В процессе психосоц работы соц. работник использует многообразные формы деятельности: выявляет и помогает в организации нуждающихся пожилых и инвалидов в прикреплении к центрам соц. обслуживания, способствует реализации льгот инвалидам, выявляет структуру семьи (полная, неполная, наличие одиноких и т.д.), оказывает помощь в восстановлении связей инвалидов с трудовыми коллективами, в ряде случаев помогает гасить внутрисемейные конфликты (с учетом всей деликатности этой сферы быта), оказывает помощь в организации медицинского обслуживания (вызов участкового врача, узких специалистов), помогает пожилым и инвалидам в социально – бытовых вопросах (в использовании услуг прачечной, химчистки и т.д., в уборке квартиры, доставке продуктов и медикаментов и т.д.).В целом вся эта многообразная деятельность социальных работников имеет целью оказать данным группам населения соц– организационную помощь, морально – псих поддержку и тем самым улучшить их соц. – психологическую адаптацию.