



Пособие для руководителя деятельности в учреждениях специального социального обеспечения



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development

**ПОСОБИЕ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ СПЕЦИАЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

Составители:

Айн Клаассен,
Анне Тико,
Кюлли Мяэ,
Маарья Крайс,
Моника Салумаа,
Пирет Кокк,
Сирье Аган,
Тийна Аранди,
Урве Тыниссон,
Юлар Уускюла

Редакторы:

Ану Раху,
Мерике Отепалу

Публикация подготовлена по заказу Института развития здоровья в 2010 г.

Перевод на русский язык: Tiido & Partnerid Keeleagentuur 2014

Воспроизведение и распространение материала любым способом без согласия Института развития здоровья запрещено.

Пособие издано при поддержке финансируемой Европейским социальным фондом программы «Меры социального обеспечения, направленные на оказание помощи в трудоустройстве 2010—2013»

№ 1.3.0330.12-0132

Издатель: Puffet Invest OÜ

ISBN 978-9949-461-49-3 (pdf)

Для бесплатного распространения

ВВЕДЕНИЕ

Вы держите в руках «Пособие для руководителя деятельности в учреждениях специального социального обеспечения», подготовленное как учебный материал для 260-часового обучения руководителей деятельности лиц с особыми психическими потребностями. Обучение руководителей деятельности лиц с особыми психическими потребностями проводится в Эстонии, начиная с 2001 года. Пособие составлено согласно программе, утвержденной постановлением министра социальных дел № 24 от 25 марта 2009 г. «Введение в действие программ обучения и повышения квалификации руководителей деятельности».

Руководитель деятельности — это специалист, который инструктирует лиц с особыми психическими потребностями с целью улучшить их социальные навыки и способность справляться с повседневными делами, а также обеспечить им необходимую постороннюю помощь. Обучение создает условия для приобретения знаний, необходимых для работы руководителя деятельности. Данное пособие составлено в поддержку обучения. «Пособие для руководителя деятельности в учреждениях специального социального обеспечения» охватывает тематику программы обучения, в частности регулирующее данную область законодательство, этику в социальном обеспечении, командную работу и психологию развития. Рассматриваются целевые группы, пользующиеся специальными услугами социального обеспечения — люди с психическими расстройствами, люди с недостатком умственного развития или со сложным недостатком здоровья. Также рассматриваются навыки, лежащие в основе работы с клиентом, в частности общение, анализ деятельности, оценка способности к деятельности, методы работы с клиентом, приемы работы по уходу, составление плана деятельности, наблюдение за состоянием здоровья и ряд других тем, отражающих необходимые для работы базовые или специфические навыки. Пособие можно использовать в качестве учебного пособия, когда преподаватель дает участникам курсов материал для чтения. Кроме того, после окончания курсов руководитель деятельности может с его помощью освежать в памяти изученное. Мы надеемся, что «Пособие для руководителя деятельности в учреждениях специального социального обеспечения» поможет окончившему курсы и впоследствии чувствовать себя в своей работе более уверенно.

Составителями пособия являются преподаватели с многолетним стажем в области проведения курсов для руководителей деятельности Моника Салумаа, Айн Клаассен, Урве Тыниссон, Юлар Уускюла, Сирье Аган, Тийна Аранди и Кюлли Мяз, а также присоединившиеся к команде преподавателей после введения новой программы Маарья Крайс, Пирет Кокк и Анне Тико. Каждый преподаватель составлял главы пособия согласно своим наилучшим знаниям и таким образом, чтобы учащемуся было легче понять материал главы. Построение глав основано на внутренней логике материала. В некоторых местах используются рисунки и выделение важных мыслей рамкой, в других же приводятся вопросы для читателей и практические упражнения. Большинство рисунков взято из частных архивов Моника Салумаа и Айна Клаассена, а также из интернета. В главе «Социальное обеспечение людей с особыми психическими потребностями» использованы рисунки из пособия «Социальное обеспечение людей с особыми психическими потребностями в Эстонии» (2000/2001) и таблица из ежегодника Министерства социальных дел «Здоровье, трудовая и социальная жизнь 2000—2008» (2009). В главе «Методы работы с клиентом» использованы также рисунки из частных архивов заведующей попечительского дома Карула AS Hoolekandeteenused Май Тууксам и заведующей НКО «Южно-Эстонский центр специальных услуг социального обеспечения» Айре Клаус, а в главе «Терапевтические и развивающие виды деятельности в работе руководителя деятельности» — из частного архива преподавателя Урве Тыниссон.

Выражаем большую благодарность составителям, редакторам и работникам сферы специального социального обеспечения, чьи иллюстративные материалы или экспертные рекомендации помогли подготовить текст.

С пожеланием приятного чтения,

Институт развития здоровья

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Социальное обеспечение людей с особыми психическими потребностями	7
1.1. Теоретические основы социального обеспечения людей с особыми психическими потребностями	7
1.2. Основы социальной защиты	13
1.3. Базовые основы специального социального обеспечения в Эстонии	15
1.4. Специальные услуги социального обеспечения, поддерживающие проживание в домашних условиях	18
1.5. Сущность специальных услуг, оказываемых в учреждениях социального обеспечения	20
1.6. Права человека, пользующегося специальными услугами социального обеспечения, и их ограничение	21
2. Этика в социальном обеспечении	24
2.1. Права человека в социальном обеспечении	24
2.2. Принципы этической практики	28
2.3. Потребности человека как отправной пункт работы по социальному обслуживанию	30
3. Жизненный цикл развития человека	33
3.1. Жизненный цикл	34
3.2. Кризисы, сопутствующие развитию	39
3.3. Области развития	42
3.4. Нарушения нормального развития	46
3.5. Норма и отклонение	48
4. Психические расстройства	49
4.1. Психопатология	49
4.2. Психические расстройства	53
5. Недостаток умственного развития	65
5.1. Определения недостатка умственного развития	65
5.2. Причины недостатка умственного развития	69
5.3. Уровни недостатка умственного развития	70
5.4. Некоторые синдромы, которым сопутствует недостаток умственного развития	75
5.5. Аутизм	78
6. Сложный недостаток здоровья	83
6.1. Эпилепсия	83
6.2. Церебральный паралич	85
6.3. Сенсорные недостатки	87
6.4. Посттравматическое повреждение мозга	90
7. Командная работа в специальном социальном обеспечении	92
7.1. Трудности в командной работе	93
7.2. Признаки успешной команды	94
8. Общение и коммуникация	99
8.1. Основы общения	99
8.2. Люди с недостатком умственного развития и общение	103
9. Способность к деятельности	108
9.1. Факторы влияния на способность к деятельности: совокупности видов деятельности	108
9.2. Факторы влияния на способность к деятельности: предпосылки к деятельности	110
9.3. Факторы, влияющие на способность к деятельности: среда	113
10. Целенаправленная деятельность	115
11. Сфера работы и роли руководителя деятельности	118

11.1. Человекоцентричное и профессиональное оказание помощи	118
11.2. Трудовой стресс и эмоциональное выгорание	121
12. Изучение и адаптация деятельности	125
12.1. Процесс изучения деятельности	125
12.2. Адаптация деятельности	129
13. Оценка способности к деятельности	130
13.1. Цели оценивания	130
13.2. Процесс оценивания	131
13.3. Методы оценивания	133
13.4. Документирование результатов оценивания	136
14. Методы работы с клиентом	137
14.1. Валидация	137
14.2. Техника ориентации на реальность (R.O.T)	140
14.3. Программа TEACCH	146
14.4. Сенсорная интеграция	149
15. Основные приемы работы в повседневном уходе	154
15.1. Применение вспомогательных средств	156
15.2. Мануальное руководство	163
15.3. Руководство клиентом с глубоким сложным недостатком здоровья	165
16. Составление плана деятельности	169
16.1. Составление плана деятельности	170
17. Наблюдение за состоянием здоровья	177
17.1. Наблюдение за состоянием здоровья	177
17.2. Фармацевтика	184
17.3. Лекарственные препараты, применяемые в психиатрии	186
18. Групповая работа в работе с клиентом	190
18.1. Групповая работа	190
18.2. Динамика группы	191
18.3. Необходимые условия для групповой работы	193
18.4. Руководство группой и преодоление трудностей	194
19. Управление проблемным поведением	201
19.1. Сущность проблемного поведения	201
19.2. Причины проблемного поведения	201
19.3. Эмоциональное развитие и его влияние на поведение	204
19.4. Цели проблемного поведения	206
19.5. Анализ проблемного поведения для выяснения его цели	207
19.6. Методы вмешательства и приемы управления для смягчения проблемного поведения	208
20. Недостаток умственного развития и сексуальность	214
20.1. Сексуальное развитие	214
20.2. Управление сексуальностью людей с недостатком умственного развития	216
20.3. Специфические аспекты сексуальности людей с недостатком умственного развития	220
21. Терапевтические виды деятельности в работе руководителя деятельности	229
21.1. Музыкальная терапия и ее элементы в терапевтической деятельности	230
21.2. Арт-терапия и ее элементы в терапевтической деятельности	233
21.3. Элементы литературы в терапевтической деятельности	234
21.4. Занятия в свободное время как терапевтическая деятельность	235
Использованная литература	236

1. СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЮДЕЙ С ОСОБЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

1.1. Теоретические основы социального обеспечения людей с особыми психическими потребностями

Из истории

На систему услуг для людей с особыми психическими потребностями в первую очередь оказывает воздействие **принцип равноценности и равноправия всех граждан**. Осознание значимости и последовательное внедрение этого принципа дали в последние десятилетия толчок ряду коренных изменений в системе услуг для людей с особыми психическими потребностями. Можно условно выделить следующие этапы развития этой системы на мировом уровне:

- лечение в больнице и уход в закрытом учреждении
- появление идеи нормализации
- деинституционализация

Еще в 1960-е годы в западных странах основной услугой для людей с особыми потребностями было лечение в больнице и уход в закрытом учреждении (институции). В то же время все больше стала распространяться идея нормализации, согласно которой каждый человек должен иметь возможность жить в как можно более нормальных (обычных) условиях до тех пор, пока его состояние хоть сколько-нибудь это позволяет. Логическим продолжением идеи нормализации явилось начало деинституционализации, означавшей постепенное выведение услуг из больших попечительских учреждений закрытого режима и в итоге их закрытие. Темпы реорганизации домов по уходу и крупных больниц с длительными сроками лечения весьма разнятся в разрезе государств и зависят от общих социально-политических решений в государстве.

Реорганизация системы социального обеспечения людей с особыми психическими потребностями включает следующие основные изменения:

- **Распределение ответственности** (в значении участия) в первую очередь означает снижение ответственности, возложенной на лечебные и социальные учреждения, и ее делегирование самому человеку и его близким (вовлечение), а также более четкое дифференцирование ответственности учреждений, организующих оказание услуг.
- **Быстрое развитие лечения и реабилитации** происходит на базе внедрения новых и эффективных лекарственных препаратов, схем лечения и его методов, а также разработки новой идеологии и технологии реабилитации и реализации новых реабилитационных моделей.
- **Адаптация услуг** к потребностям людей путем разделения крупных, сложных и дорогостоящих услуг на более мелкие отдельные компоненты и составления из них комплексного пакета услуг, соответствующего потребностям человека.
- **Уменьшение дублирования** путем уточнения функций учреждений и институций, оказывающих специфические услуги, и максимального подключения людей с особыми психическими потребностями к системе общих публичных услуг.

В Эстонии построение системы социального обеспечения для людей с особыми психическими потребностями на базе услуг началось в 1998 году. До этого времени в данном секторе из государственного бюджета финансировалась только услуга по уходу в доме по уходу (институциональная услуга). В 1999 году перечень услуг пополнился услугой дневных центров, а в 2000 году — услугой реабилитации. С тех пор началось быстрое совершенствование системы, и в настоящее время требования к специальным услугам социального обеспечения зафиксированы в Законе Эстонской Республики о социальном обеспечении. Реформа государственных домов по

уходу производится на основе составленной в 2006 году Государственной программы реорганизации специальных учреждений и услуг социального обеспечения. В соответствии с программой планируется осуществить изменения к 2021 году, когда всем клиентам, нуждающимся в услуге круглосуточного ухода, должно быть обеспечено обслуживание в малых домах семейного типа.

Виды знаний о людях с особыми психическими потребностями и различные подходы

Происходящее вокруг нас можно рассматривать, видеть и понимать различным образом. Люди по-разному понимают также и тех людей, чье поведение и/или психика отличаются от обычных, по-разному истолковывают их поступки и по-разному видят их проблемы и возможные решения проблем.

Эти различные по типу и содержанию знания можно разделить на четыре группы:

- медико-клинические
- социально-научные
- опытные
- обыденные

Медико-клиническое знание — его развитием занимаются главным образом психиатры и клинические психологи. В обеих областях используются преимущественно естественнонаучные методы исследования, и их результатами пользуются также работники других специальностей, например, социальные работники и сестры. Существенная часть медико-клинических знаний ведет свое происхождение из общей медицины и ряда специальных отраслей медицинской науки.

Социально-научное знание — в его развитие вносят свой вклад социология, социальная психология, антропология и ряд других социальных наук. В отличие от медико-клинического подхода этот подход сосредоточен на социальном контексте и социальных факторах, например рассматриваются социальные группы, классы, безработица, бездомность, бедность и т. п. Поэтому социально-научное понимание может существенно отличаться от медико-клинического.

Опытное знание — им владеют и его передают прежде всего сами люди, психика которых отличается от обычной. В отличие от специалистов, они знают свою психику и ее особенности изнутри. В знании этих людей непосредственная реальность симптомов связана с их влиянием на жизнь человека в сообществе. Специфическими опытными знаниями владеют также семьи и друзья людей, психика которых отличается от обычной.

Обыденные знания — это представления о людях с отличной от обычной психикой и о их поведении, распространяющиеся в обществе по различным, прежде всего так называемым неофициальным каналам (семья, друзья, периодика и т. п.). Обыденные знания в большей или меньшей степени влияют на всех людей в любом обществе. В то же время важно подчеркнуть, что в мире не существует единообразных обыденных знаний — в разных культурах существуют различные представления о людях, чья психика отличается от обычной.

Сбалансированное и адекватное представление о людях с отличной от обычной психикой формируется в совокупности всех вышеупомянутых видов различных знаний (см. рисунок 1).

СБАЛАНСИРОВАННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ			
медико-клиническое	социально-научное	опытное	обыденное

ТИПЫ ЗНАНИЙ

Рисунок 1. Сбалансированное представление

Био-психо-социальная модель

Эстонская система специальных услуг социального обеспечения опирается на био-психо-социальную модель человека. Согласно ей каждый конкретный человек представляет собой целое, в котором можно выделить три взаимосвязанных между собой системы и/или уровня.

- **соматический**, связанный с физико-химико-биологическим телом, обусловленный им и/или проистекающий из него, влияние на который оказывается, в первую очередь, через тело
- **психический**, связанный с психикой и нервной системой, обусловленный ей и/или проистекающий из нее, влияние на который оказывается, в первую очередь, через психику
- **социальный**, связанный с социальной средой, обусловленный ей и/или проистекающий из нее, влияние на который оказывается через общество

Между этими системами существуют различные взаимосвязи, например:

Соматико-социальные взаимосвязи — обусловленное бедностью недоедание и вытекающие из него расстройства здоровья или нарушение роста. Взаимосвязи подобного характера проявляются, например, также и в том случае, когда человек в состоянии алкогольного или наркотического опьянения причиняет другим телесные повреждения. Соматико-социальные взаимосвязи еще более усиливаются, если, например, причиняющие повреждения лица являются также и долговременными безработными. Социальной болезнью является по существу также и туберкулез, значительно ограничить распространение которого невозможно без применения социальных мер.

Психо-соматические взаимосвязи — различные болезни, например, ишемическая болезнь сердца, болезнь Альцгеймера, деменция и т. п. Аналогичным образом органические повреждения мозга или нервной системы устанавливают ограничения для психики, в том числе для умственного развития. На психосоматическом фоне рассматриваются также и, например, дорожные происшествия и прочие травмы, обусловленные усталостью.

Психо-социальные взаимосвязи — их ярким проявлением являются разнообразные изменения в поведении человека в период крупных социальных перемен — например, рост преступности, распространение проституции и алкоголизма и увеличение количества самоубийств. Психо-социальное происхождение и характер имеют также перемены, происходящие в психике человека, долгое время являющегося безработным.

Обнаружение и учет био-психо-социальных взаимосвязей важны для более адекватного понимания того, что происходит с человеком и обществом. Одновременно это вырабатывает навык выбирать как можно более уместные средства для воздействия на происходящие процессы и/или для решения проблем.

Базовая модель системы социального обеспечения людей с особыми психическими потребностями

Одну из наиболее признанных в мире моделей системы попечительства, направленной на обслуживание людей с особыми психическими потребностями, можно пояснить при помощи приведенного ниже рисунка (см. рисунок 2). Главный принцип, который соблюдается при внедрении приведенной модели, заключается в том, что каждый человек имеет право на жилье, доход, работу и возможности учебы в обычном обществе. Если у человека появляются особые потребности, связанные с психикой, то их следует попытаться удовлетворить в первую очередь в семье, поддержкой путем «равного» консультирования (организации потребителей услуг душевного здоровья) и при помощи услуг первичного уровня, т. е. общих, всем доступных публичных услуг (например, общественный транспорт, первая медицинская помощь, полиция, пожарная служба и т. п.). Лишь при проявлении более серьезных особых потребностей используются такие специальные услуги социального обеспечения как поддерживаемое проживание или поддержка в трудоустройстве. По существу это означает, что если человек с особыми психическими потребностями, например, не имеет работы, то первичным местом поиска работы и оказания ему помощи будет Касса по безработице. Если человек по какой-то причине не в состоянии воспользоваться ее услугами, то ему будет оказана помощь, направленная на то, чтобы он все же смог воспользоваться этими же

самыми услугами первичного уровня. Если и этого будет недостаточно, понадобится определенная специфическая помощь, цель которой — максимальная поддержка человека и/или подготовка к тому, чтобы он мог пользоваться общими услугами рынка труда. Лишь в том случае, когда все это не представляется возможным, есть повод для направления человека на специальные услуги социального обеспечения.

Подобным же образом, если человек имеет проблемы с получением жилья или образования, то первичными и основными лицами, которые будут решать его проблему, являются организации, предоставляющие услуги первичного уровня.

Оценку особых потребностей производят специализированные реабилитационные команды по направлению Департамента социального страхования. В более сложных случаях с несколькими нуждами следует обеспечить лицу услугу управления случаем, т. е. помощь в координировании и использовании ряда услуг.

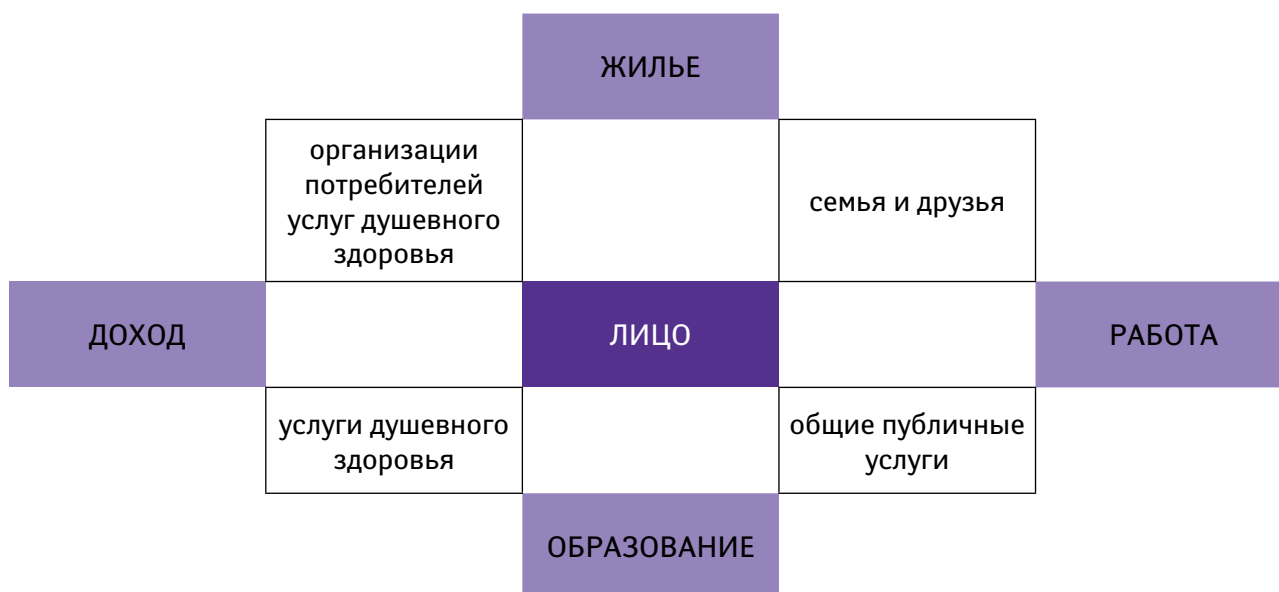


Рисунок 2. Базовая модель системы социального обеспечения людей с особыми психическими потребностями.

Специализированные вмешательства

Специализированная деятельность по оказанию помощи людям с расстройствами психики и/или особыми психическими потребностями и по решению их проблем можно классифицировать различным образом. Предпочтительным все же следует считать ориентированный на результат подход к видам деятельности и/или функциям. Прежде всего это означает, что для любой специализированной деятельности должна иметься возможность определить ожидаемый и конечный результат этой деятельности, причем этот результат должен быть формально отображаем.

Среди различных видов специализированной деятельности по оказанию помощи людям с расстройствами психики можно выделить три наиболее несущих и/или весомых:

- **лечение**, в результате которого человек частично или полностью выздоравливает
- **реабилитирование**, в результате которого развиваются остаточные способности человека и формируются необходимые системы поддержки
- **поддержка**, в результате которой состояние человека и/или его способность справляться остается в общих чертах стабильной

Лечение

Здоровье — это состояние наилучшего физического, психического и социального функционирования и благополучия человека. Лечение — это врачебная деятельность по восстановлению здоровья больного человека и/или уменьшению его недугов.

Согласно признанным мнениям, удельная доля врачебной помощи и лечения в обеспечении здоровья человека может составлять не более 15–20%. Прочими, т. е. более важными факторами в обеспечении здоровья являются, например, образ жизни человека, его привычки в поведении, материальное положение, социальная и физико-химико-биологическая среда и т. п.

Лечебный процесс характеризуют следующие фазы: осознание лечебной проблемы; диагностика; составление плана лечения; осуществление плана лечения и оценка.

Возможный результат лечения зависит от очень многих факторов, в том числе от общего психо-сомато-эмоционального состояния человека и от характера расстройства его здоровья. Поэтому, например, по сути одинаковая врачебная деятельность может при лечении различных людей дать весьма разные результаты, а достижение одинаковых результатов может потребовать различного времени.

Обучение

Обучение и/или его элементы очень часто используются как часть деятельности, или как вспомогательная деятельность по лечению, реабилитации и поддержке. Например, может оказаться необходимым обучить человека жить с хронической болезнью, следить за своим состоянием, оценивать его изменения, пользоваться вспомогательными техническими средствами и т. п.

Обучение и учеба динамически связаны между собой. При ориентированном на результат подходе целью обучения является формирование новых навыков или перестройка имеющихся. Говорят также, что обучение является целенаправленной деятельностью потому, что тот, кто учит, знает, что он это делает. В то же время может случиться и так, что новые навыки так и не выработаются, несмотря на то, что им обучали. Бывает, что человек учится и без специального обучения, просто из окружающей среды, из средств массовой информации, на личном опыте и т. п.

Навыки, которым учат, базируются, в свою очередь, на знаниях, представлениях, установках и эмоциях. Этому тоже можно учить, но в то же время такие вещи порой с трудом поддаются перестройке. Обучение предполагает интерес обучаемого приобретать новые навыки. При отсутствии соответствующего интереса следует его возбуждать, вследствие чего возбуждение интереса к приобретению новых навыков рассматривается как часть обучения.

Людей с недостатком умственного развития следует учить многому из того, что люди без недостатков здоровья усваивают самостоятельно, безо всякого обучения, например, путем простого наблюдения, методом проб и ошибок или подражанием примеру. В случае врожденного недостатка практически всему приходится учить «с азов». В случае недостатка, приобретенного в течение жизни, нужно заниматься главным образом теми функциями, которые пострадали, атрофируются и т. п.

Умственный недостаток может, среди прочего, означать ослабление любознательности, т. е. недостаточность врожденной мотивации к учебе. Поэтому при обучении людей с умственными недостатками новым навыкам их следует мотивировать гораздо больше, чем людей без таких недостатков, например, путем развлечения и особых методов поощрения.

Реабилитирование

Англоязычному понятию *rehabilitation* соответствуют два термина — реабилитирование и реабилитация —, отличающиеся по своему содержанию и значению.

- Реабилитирование означает (обозначает) деятельность или процесс.
- Реабилитация — это ее результат, достижение желаемой (оговоренной) цели.

Подобно реабилитированию результатом лечения, например, является выздоровление, ослабление или исчезновение симптомов, а результатом обучения — знания, навыки, образованность. Ре-

абилитирование как деятельность, направленную на результат, порой пытаются уподоблять так называемой ориентированной на реабилитацию установке (подходу) в деятельности специалиста и/или не отличают уровня оказания конкретной услуги или выполнения конкретной программы от целевого.

Ориентированная на реабилитацию установка означает прежде всего то, что при планировании и проведении как лечения, так и поддерживающих услуг постоянной целью является как можно более самостоятельная, с как можно меньшим использованием посторонней помощи способность справляться с жизнью в обычном окружении.

Понятия «медицинская реабилитация», «профессиональная реабилитация», «образовательная реабилитация» и т. д. означают прежде всего то, что для достижения главных (социальных) целей реабилитации применяются медицинские и/или образовательные средства, методы, технологии и т. п.

Если конкретней, то главная цель (результат) процесса реабилитации как правило формулируется одним из следующих способов:

- достижение максимальной самостоятельности и независимости человека
- достижение социально ценимых ролей
- улучшение функционирования человека и его удовлетворенность в определенном окружении
- перспективное снижение денежных затрат

Три первые цели (результата) по своей сути в общих чертах одинаковы и касаются прежде всего социального эффекта, сопутствующего развитию человеческого ресурса. Предпочтение той или иной формулировки зависит прежде всего от общего теоретического контекста, в котором рассматривается данная тема. Четвертая цель касается экономического эффекта, и ее тоже можно сформулировать различным образом.

К сфере реабилитации часто пытаются отнести недоделки других секторов, главным образом здравоохранения и образования. Поэтому целесообразно дать реабилитации как можно более четкое определение с использованием социально измеримого (оцениваемого) результата.

Характерные признаки реабилитации:

- Социальная и экономическая целесообразность (результативность). При отсутствии этих двух признаков нет оснований начинать процесс реабилитации для конкретного человека.
- Определенность во времени (реабилитирование — это ограниченная во времени деятельность). Упрощенно можно сказать, что в принципе человека можно реабилитировать независимо от его возраста, т. е. в любой период жизни, но сам по себе процесс реабилитации не может продолжаться всю жизнь. Согласно общераспространенному представлению, социальное реабилитирование человека с тяжелым расстройством психики длится, в зависимости от особенностей личности, расстройства и окружающей среды, от 6 до 24 месяцев.
- Личное участие человека (обязательство). В процессе реабилитации никто другой не может ничего сделать за самого человека. Весь процесс имеет смысл и может быть результативным только тогда, когда человек сам ставит себе соответствующую цель (берет обязательство). Поэтому в качестве предпосылки для начала процесса необходим подписанный самим человеком или его законным представителем план реабилитации.
- Наличие и использование квалифицированных кадров. Реабилитирование состоит из двух различных, но по содержанию равноценных аспектов: развитие остаточных способностей человека (сильных сторон) и формирование опорной системы, обеспечивающей (поддерживающей) способность самостоятельно справляться с жизнью (вспомогательные средства, необходимые дополнительные услуги). Это предполагает привлечение специалистов, владеющих обеими компетенциями.

- Сотрудничество с окружающей средой, в которой человек будет находиться (жить, работать, учиться). Невозможно реабилитировать человека в какую-то общую абстрактную среду, а только в конкретную, в которой человек будет находиться (жить, работать, учиться).
- Сотрудничество с институцией, отвечающей за лечение человека. Реабилитирование теоретически рассматривается как самостоятельная дисциплина, но все же не оторванная от лечения. Поэтому одним из признаков реабилитации является также наличие взаимоприемлемых отношений сотрудничества между лечебным и реабилитационным учреждением и/или отвечающей за них институцией.

Согласно действующему Закону о социальном обеспечении, реабилитационная услуга — это услуга, оказываемая лицам с целью содействия их самостоятельному проживанию, интеграции в общество работе или трудоустройству, в рамках которой:

- составляется индивидуальный план реабилитации, соответствующий потребностям лица
- оказываются реабилитационные услуги, перечисленные в перечне, утвержденном Правительством Республики, и отмеченные в плане реабилитации
- проводится инструктаж лица о том, как осуществлять деятельность, описанную в реабилитационном плане (организация случая)

Поддержка

Поддержка — это последнее звено специализированного вмешательства в процессе реабилитации. В то же время и все предыдущие специализированные вмешательства не будут иметь большого значения, цели и фактически смысла, если за этим не последует формирование и внедрение поддержки или систем поддержки, адекватных нуждам человека. Последнее место в процессе занимает в первую очередь то, что поддержка необходима, и что ее применяют, как правило, только в том случае, когда предыдущие виды деятельности не были достаточно результативными. По этой причине, в частности, говорят, что одна из главных целей лечения и реабилитации (и обучения) — это снижение потребности в поддержке. Все же для всех людей невозможно окончательно исключить потребность в поддержке. Тем не менее, путем качественно проведенного лечения и реабилитации (и обучения) возможно снизить:

- количество нуждающихся в поддержке людей
- объем (меру) поддержки, необходимой для конкретного человека

На уровне общих теоретико-практических моделей поддержка людей с особыми психическими потребностями в основных чертах является единообразной и не зависит от специфики нарушений психики. При непосредственном же применении поддержки людей с различными типами нарушений психики в ней наблюдаются все же значительные особенности, вследствие чего для различных групп разрабатываются особые конкретные услуги, и, соответственно этому, обучение работников для различных групп тоже производится по-разному.

1.2. Основы социальной защиты

Принцип социальной защиты — это признанный в современном обществе принцип, гласящий, что государство обеспечивает своим гражданам социальную защиту. Это придает чувство уверенности в отношении будущего и позволяет человеку прожить жизнь достойным образом. Социальная защита осуществляется методами социального обеспечения и социального страхования.

Социальное страхование — это предоставляемая государством гарантия обеспечения дополнительного дохода или продолжения поступления дохода в случае реализации определенных социальных рисков (например, смерть, старость) по крайней мере на том уровне, который позволяет жить достойной жизнью человека. Социальное страхование выражается в страховых возмещениях (например, страхование по безработице, пенсионное страхование) и пособиях (например, пособие

по безработице, социальное пособие для людей с недостатком здоровья). Социальное страхование финансируется как за счет обязательных налогов или платежей, так и за счет добровольных платежей. Государственную систему социального страхования координирует Департамент социального страхования (далее также ДСС), целью деятельности которого является обеспечение людям предусмотренных законом пенсий, пособий и возмещений.

Социальное обеспечение — это система мер, направленных на содействие развитию способности человека справляться с проблемами повседневной жизни. Мерами социального обеспечения могут быть социальные пособия (например, прожиточное пособие), социальные услуги (например, услуга помощи по дому, услуга опорного лица), а также неотложная социальная помощь (например, одежда, питание). Для улучшения положения людей, попавших в социальные затруднения, важен вклад всех сторон, в числе вклад самого человека, семьи, прочих членов общества, государства и местного самоуправления, а также работодателей.

Принципы обеспечения социальной помощи:

- оказание помощи базируется на нуждах и состоянии человека
- с человеком устанавливается сотрудничество, принимаются в учет его желания, и он сам привлекается к принятию решений, касающихся его жизни
- услуги адаптируются к нуждам конкретного человека
- предпочитают такие меры помощи, которые поддерживают способность человека самостоятельно справляться с повседневной жизнью, работать и учиться, а в длительной перспективе снижают его потребность в помощи
- помещению в учреждение социального обеспечения предпочитается поддержка проживания в домашних условиях
- создаются учреждения социального обеспечения домашнего типа
- социальная помощь предлагается как можно ближе к месту жительства человека

Согласно статье 28 Конституции Эстонской Республики люди с недостатками здоровья находятся под особым попечением государства и местных самоуправлений. Гражданин Эстонии имеет право на помощь со стороны государства по старости, нетрудоспособности, по случаю потери кормильца и недостатка здоровья.

Недостаток здоровья — это потеря или отклонение анатомической, физиологической или психической структуры или функции, которая наряду с различными поведенческими и общественными препятствиями мешает человеку принимать участие в общественной жизни на равных условиях с другими.

Число людей с недостатком здоровья в Эстонии год от года растет. По состоянию на начало 2014 года людей с действующей степенью недостатка здоровья было 141 026 (10,7% от численности населения), из них приблизительно 92% — взрослые. В основном это пожилые люди — около 56% всех людей с недостатком здоровья старше 63 лет (включительно). Увеличение доли людей с недостатком здоровья в какой-то мере обусловлено общим старением населения. Большинству из них недостаток здоровья был определен во взрослом возрасте (средний возраст первичного определения недостатка здоровья — 54 года). Примерно у пятой части недостаток здоровья наследственный или врожденный, у 18% он возник в результате несчастного случая. Среди пожилых людей с недостатком здоровья (в возрасте 63+) женщин приблизительно на 53% больше, чем мужчин. Люди с недостатком умственного развития и психическими расстройствами преимущественно более молодые. 76% лиц, у которых психическое расстройство является доминирующим недостатком здоровья, относятся к возрастной группе 18–64 лет.

Пенсия по нетрудоспособности — это замещающий доход, который компенсирует частичную или полную неспособность человека работать. По данным на 2014 г. потеря трудоспособности

наблюдается у 80% людей трудоспособного возраста с недостатком здоровья. Примерно у 30% из них потеря трудоспособности составляет 70–90%, а 7% полностью нетрудоспособны.

Пенсия по нетрудоспособности выплачивается человеку, постоянная потеря трудоспособности которого составляет от 40 до 100%. Если потеря трудоспособности составляет менее 100%, то предполагается, что человек в меру оставшейся трудоспособности должен работать с частичной нагрузкой, но работать не запрещается также и в случае 100%-ной потери трудоспособности.

Степень тяжести недостатка здоровья и дополнительные расходы, вытекающие из постоянной потери трудоспособности и недостатка здоровья, определяет ДСС с привлечением врачей-экспертов.

При определении степени тяжести недостатка здоровья принимается в учет состояние здоровья человека; его способность к деятельности; нужда в посторонней помощи, руководстве и надзоре, превышающая соответствующую его возрасту нужду в помощи; нужда в посторонней помощи и руководстве, имеющаяся несмотря на применение технических вспомогательных средств; среда проживания; дополнительные расходы, обусловленные недостатком здоровья, а при наличии плана реабилитации — предусмотренная в нем деятельность.

На степень тяжести недостатка здоровья можно повлиять при помощи реабилитирования, применения вспомогательных средств, адаптации среды проживания или иных обстоятельств.

Социальные пособия по недостатку здоровья выплачиваются людям, у которых определен средний, тяжелый или глубокий недуг, для частичного возмещения вытекающих из недостатка здоровья дополнительных расходов.

Под особыми психическими потребностями понимаются расстройства психики, которые согласно международной классификации болезней МКБ-10 включены в раздел F00–F99 «Психические расстройства и расстройства поведения». Понятие «психическое расстройство» охватывает как психически больных людей, так и людей с недостатком интеллектуального развития.

1.3. Базовые основы специального социального обеспечения в Эстонии

При составлении перечня услуг социального обеспечения для людей с психическими расстройствами важно учитывать, что эти услуги не выделяются как обособленные явления, но представляют собой часть публичных услуг. Услуги социального обеспечения для людей с особыми потребностями особо тесно связаны с родственными им публичными услугами (прежде всего, с услугами здравоохранения, рынка труда и образования) и их развитием. Услуги социального обеспечения для людей с особыми потребностями очень тесно связаны с состоянием человека и вытекающими из этого нуждами.

Специальными услугами социального обеспечения в Эстонии называют услуги, предназначенные для людей с особыми психическими потребностями. Цель специальных услуг социального обеспечения заключается в развитии способности человека самостоятельно справляться с повседневной жизнью и в руководстве его деятельностью. Человек и сам должен вносить максимальный вклад в свою повседневную деятельность, а руководство и помощь ему оказываются согласно его потребностям.

Содержанием специальных услуг социального обеспечения является поддержка человека или уход за ним, что и составляет главную часть нужд клиентов специальной услуги социального обеспечения. Если же человек с особыми психическими потребностями нуждается в иной помощи, то ее оказывают ему соответствующие органы в обычном порядке. Например, если клиент специальной услуги социального обеспечения не в состоянии сам управлять своей деятельностью и нуждается в опеке, то опекунов организует местное самоуправление. Если человек, пользующийся специальными услугами социального обеспечения, нуждается, помимо государственных услуг, в дополнительных услугах, то волостная или городская управа организует оказание нуждающемуся в помощи лицу с недостатком здоровья социальные услуги, выплату социальных пособий, неот-

ложную социальную и иную помощь. Например, человек, пользующийся услугой поддерживаемого проживания, может нуждаться также и в прожиточном пособии или в услуге социального консультирования.

Специальные услуги социального обеспечения финансируются из госбюджета — Департамент социального страхования оплачивает оказанные поставщикам услуг на основании счетов (максимальная доля государственного участия утверждается постановлением Правительства Республики). При оказании услуги проживания в сообществе и круглосуточной услуги специального ухода человек сам должен платить за свое питание и жилье. Если человек не имеет достаточно средств для оплаты собственного участия, то он может ходатайствовать в ДСС о возмещении недостающей части.

Соприкасаясь с темой специальных услуг и социального обеспечения людей с особыми психическими потребностями, важно быть осведомленным по крайней мере о следующих правовых актах:

- Закон о социальном обеспечении (принципы социального обеспечения, специальные услуги социального обеспечения)
- Закон о социальных пособиях для лиц с недостатками здоровья (понятие недостатка здоровья, социальные пособия людям с недостатком здоровья)
- Закон о психиатрической помощи (принудительное лечение)
- Закон о семье (опекунство)
- Гражданский процессуальный кодекс (помещение человека в закрытые учреждения)

Развитие государственных специальных услуг социального обеспечения в Эстонии

Развитие специальных услуг социального обеспечения началось в конце 1990-х годов, когда из государственного бюджета финансировалась только одна попечительская услуга для людей с особыми психическими потребностями — круглосуточный уход в доме по уходу. В ходе проведенного в 1998 году исследования было оценено состояние всех людей, содержащихся в специализированных домах по уходу. Результаты оценивания подтвердили гипотезу о том, что не все пребывающие в домах по уходу люди нуждаются в круглосуточном уходе. Одни из них нуждались в значительно более интенсивном уходе, а другие — лишь в оказываемой несколько дней в неделю помощи в повседневных делах. По результатам проведенного в 2000 году аудита эффективности деятельности сферы специального социального обеспечения была разработана система девяти услуг для оказания людям помощи, соответствующей их нуждам — каждый человек получает поддержку в тех функциях и областях, в которых он нуждается в поддержке, и именно в том объеме, в котором он нуждается, не больше и не меньше. Кроме того, была поставлена цель предупреждать попадание людей под круглосуточный уход и поддерживать их в том, чтобы они как можно дольше справлялись с жизнью в домашнем окружении.

Начиная с 2009 года, в Закон о социальном обеспечении внесены пять специальных услуг социального обеспечения: услуга поддержки в повседневной жизни, услуга поддержки в трудоустройстве, услуга поддерживаемого проживания, услуга проживания в сообществе и круглосуточная услуга специального ухода. При оказании специальных услуг социального обеспечения следует учитывать, что человек должен иметь возможность выбирать как услуги, так и различные виды деятельности. Оказываемая услуга адаптируется к желаниям и потребностям человека, а не наоборот (не человека «втискивают» в рамки услуг).

По сравнению с 2009 годом число взрослых людей с особыми психическими потребностями, пользующихся услугами социального обеспечения, увеличилось примерно на 8%. По состоянию на конец 2013 года в Эстонии специальные услуги социального обеспечения оказывались 5036 людям на 5678 местах оказания услуг. По данным Департамента социального страхования за 2013 год, право ходатайствовать о специальных услугах социального обеспечения имело 12 417 совершеннолетних лиц с тяжелым, глубоким или постоянным психическим расстройством, но они не воспользовались этим правом, т. е. не встали на очередь и не получили услуги. Таким образом,

если добавить к сегодняшним получателям услуг и стоящим на очереди всех имеющих основание на получение услуг, то получится, что имеющих право ходатайствовать о специальных услугах социального обеспечения примерно в три раза (2,65 раз) больше.

Таблица 1. Взрослые люди с особыми психическими потребностями, пользовавшиеся услугами специального социального обеспечения, по видам услуг в 2009—2013 гг. (в течение года)

	2009	2010	2011	2012	2013
Общее количество мест оказания поддерживающих услуг ¹	3 516	3 267	3 261	3 055	3 400
Поддержка в повседневной жизни	2 128	2 027	2 021	1 894	2 088
Поддерживаемое проживание	752	677	679	604	646
Проживание в сообществе	51	74	116	129	154
Поддержка в работе	585	489	445	428	512
Общее количество мест оказания круглосуточных услуг	2 739	2 760	2 782	3 159	3 388
Круглосуточная услуга специального ухода	2 164	2 161	2 164	2 452	2 705
Круглосуточная услуга специального ухода для лиц с тяжелым, глубоким или постоянным психическим расстройством с нестабильной ремиссией	55	55	59	66	79
Круглосуточная услуга специального ухода для лиц с глубоким сложным недостатком здоровья	252	262	275	368	295
Круглосуточная услуга специального ухода для лиц, помещенных в учреждение по решению суда	268	282	284	273	309
Всего	6 255	6 027	6 043	6 214	6 788

¹ Говоря о поддерживающих услугах, нельзя приравнивать количество мест оказания услуг к количеству лиц, получавших услуги, поскольку один человек может одновременно получать несколько услуг. Например, человек может одновременно пользоваться услугой поддержки в повседневной жизни, а также услугой поддержки в работе.

Общие требования к специальным услугам социального обеспечения

Общим требованиям, установленным в Законе о социальном обеспечении (см. ниже), должны соответствовать все специальные услуги социального обеспечения.

- Поставщик услуги должен в ходе оказания услуги активно заниматься с человеком, вовлекая его в деятельность согласно способностям и потребностям человека.
- Каждому человеку следует составить план деятельности.
- Поставщик услуги должен обеспечить соответствие услуги требованиям здравоохранения. Соответствие требованиям здравоохранения важно для того, чтобы обеспечить получающему услугу лицу оказание услуги в достаточно освещенных, просторных и проветриваемых помещениях.
- Поставщик услуги должен известить человека о правилах внутреннего распорядка и о его правах и ограничениях при получении услуги, и ознакомить его с помещениями.
- Поставщик услуги должен организовать сбор и хранение информации и документов, связанных с оказанием услуги.
- Поставщик услуги должен обеспечить соответствие работающих с ним руководителей деятельности установленным государством требованиям.
- Поставщик услуги должен известить человека или его опекуна, а также ДСС, если возникнет подозрение, что оказываемая человеку услуга не соответствует его потребностям.

Поставщик специальной услуги социального обеспечения должен иметь разрешение на деятельность для оказания каждой услуги, которое выдает Департамент социального страхования. Наличием разрешения на деятельность поставщик услуги подтверждает, что он обеспечивает соответствие требованиям здравоохранения и пожарной безопасности, располагает достаточным количеством работников, имеющих соответствующую подготовку и т. д.

Порядок направления на услугу

В общем случае для лица, желающего получить направление на получение специальной услуги социального обеспечения, должен быть составлен план реабилитации, в программе деятельности которого должны быть отмечены услуги и деятельность, необходимые для улучшения способности указанного лица справляться с повседневной жизнью. В ходе реализации реабилитационной услуги оцениваются сильные стороны и потребности человека и даются рекомендации в отношении дальнейшего оказания услуг. Исходя из этой предпосылки, все люди, ходатайствующие о специальных услугах социального обеспечения (за исключением направления на услугу поддержки в повседневной жизни и на услугу круглосуточного специального ухода), должны предварительно пройти реабилитационную услугу. Для получения направления на получение услуги поддержки в повседневной жизни достаточно направления врача-специалиста; для направления на получение круглосуточной услуги специального ухода на основании постановления суда, соответствующее решение должен вынести суд, и составление реабилитационного плана для такого человека не является обязательным.

Направление на получение услуг организует ДСС.

- Если человек желает ходатайствовать о получении какой-либо специальной услуги социального обеспечения, он должен представить в ДСС ходатайство вместе с необходимыми документами на получение услуги. Он может указать в ходатайстве учреждение, в которое желает обратиться для получения услуги.
- При рассмотрении ходатайства ДСС принимает решение, предоставить ли специальную услугу социального обеспечения или отказать в ней (за исключением помещения в учреждение социального обеспечения на основании постановления суда, поскольку в этом случае решение принимает суд). Кроме того, ДСС подтверждает цель оказания услуги, необходимую для ее реализации рекомендованную деятельность, периодичность проведения рекомендованной деятельности и максимальный срок оказания услуги.
- Подходящее для человека учреждение, оказывающее специальную услугу социального обеспечения, и дату начала оказания услуги выбирают и оговаривают совместно ДСС, человек, имеющий право на получение услуги, и учреждение, оказывающее специальную услугу социального обеспечения. Это не относится к людям, помещенным в учреждение социального обеспечения на основании постановления суда.
- ДСС выдает человеку решение о направлении, если в государственном бюджете имеются деньги для оказания услуги, и если в учреждении, куда человек желает обратиться для получения услуги, имеется свободное место.

1.4. Специальные услуги социального обеспечения, поддерживающие проживание в домашних условиях

В развитии системы социального обеспечения людей с особыми психическими потребностями следует придавать ценность социальной интеграции. Основным направлением обеспечения социальной интеграции является преимущественное развитие поддерживающих услуг, чтобы человек как можно дольше мог жить в привычной для него среде проживания. Кроме того, важно создавать для людей, получающих услугу, условия проживания, подобные домашним.

Услугами поддержки проживания в домашней среде в обычном обществе считаются услуга поддержки в повседневной жизни, услуга поддерживаемого проживания и услуга поддержки в трудоустройстве.

Услуга поддержки в повседневной жизни

Цель услуги поддержки в повседневной жизни — наилучшая способность человека справляться с повседневной жизнью и его развитие через поддержку способности справляться с психосоциальными обстоятельствами, через формирование навыков повседневной жизни и работы, а также консультирование проживающих вместе с ним лиц. Услуга поддержки в повседневной жизни по своему характеру является наиболее быстро и легко доступной услугой в случае заболевания человека.

Услуга поддержки в повседневной жизни предназначена для поддержки человека, относительно хорошо справляющегося в обычном окружении, а также для сохранения и развития его способности к деятельности. Эта услуга дает возможность попытаться предупредить снижение способности человека справляться с жизнью и снизить вероятность его попадания в специализированный дом по уходу. Человек, которому оказывается эта услуга, может жить как в своей семье, так и отдельно, или же совместно с другими людьми, получающими услугу поддерживаемого проживания.

В рамках услуги поддержки в повседневной жизни человеку предлагается опора для того, чтобы он начал справляться с жизнью и совершать повседневные действия. При наличии поддержки люди с тяжелыми, глубокими или долговременными расстройствами психики могут начать справляться с организацией своей жизни и влиться в общество. С другой стороны, услуга поддержки в повседневной жизни может помочь вести активный и деятельный образ жизни тем людям, которые не справляются с работой ни в условиях обычной работы, ни при использовании услуги поддержки в трудоустройстве. Активный образ жизни поддержит также и их состояние здоровья, благодаря чему сократится количество случаев пребывания в больнице.

Поставщик услуги должен привлекать самого человека к формированию личных и повседневных навыков (обучение навыкам самообслуживания, выбор одежды, одевание, планирование бюджета, приготовление пищи и т. д.), разъяснять ему навыки создания и поддержания социальных отношений, руководить их развитием (поддержка и сохранение отношений с членами семьи и другими близкими), учить человека планировать свое время и т. д.

Услуга поддержки в трудоустройстве

Цель услуги поддержки в трудоустройстве — инструктировать и консультировать человека, поддерживая таким путем его способность справляться самостоятельно и улучшая качество его жизни. Задача консультанта — помочь лицу найти соответствующее его возможностям рабочее место.

Потребность в этой услуге возникает, когда человеку недостаточно одних только услуг рынка труда, или когда их сложно адаптировать к нуждам данного лица. Эта услуга значительно больше поддерживает человека, чем услуги рынка труда, так как весь процесс получения работы человек проходит вместе с кем-то. Цель состоит в том, чтобы путем получения рабочего места и работы обеспечить активность, независимость и уверенность человека в себе в вопросах организации своей жизни и управления ей. Поставщик услуги, разъясняет интересы человека и его способность выполнять соответствующую его возможностям работу.

Услуга поддерживаемого проживания

Целью услуги поддерживаемого проживания является поддержка способности человека справляться в социальном плане и его интеграция. Лицу передается в пользование жилое помещение и создается возможность (вместе с предоставлением инструктирования) для того, чтобы он мог устраивать свое домашнее хозяйство и повседневную жизнь, с целью обрести как можно лучшую способность жить независимо.

В составе услуги поддерживаемого проживания человеку предлагается обучение умению справляться в домашней обстановке и навыкам, связанным с ведением финансовых дел, а кроме того

предоставляется жилплощадь. Человек организует свою повседневную жизнь сам, т. е. сам принимает решения о распорядке своего дня, приготовлении пищи, стирке белья, уборке помещений, об оплате за жилье и прочих вопросах. Услуга поддерживаемого проживания подготавливает человека к самостоятельной жизни. Цель услуги поддерживаемого проживания заключается не в том, чтобы предоставить человеку жилье, а в том, чтобы совместно с предложением жилплощади научить его самостоятельно справляться с повседневными делами.

Услуга поддерживаемого проживания может предлагаться в различных формах: групповой дом, индивидуальное проживание, поддерживаемое проживание с усиленной поддержкой (в начале самостоятельной жизни после выхода из дома по уходу) или поддерживаемое проживание с большей степенью индивидуальности (жизнь в обычной среде проживания).

1.5. Сущность специальных услуг, оказываемых в учреждениях социального обеспечения

В учреждении социального обеспечения оказывается услуга проживания в сообществе и круглосуточная услуга специального ухода. Важно, чтобы атмосфера в местах оказания услуг была похожа на домашнюю. В домах по уходу обстановка обычно такая, что жизнь человека, получающего там услугу, контролируется персоналом, а его собственная ответственность и право принимать решения относительно повседневных дел минимальны. При оказании услуг в учреждениях социального обеспечения следует учитывать, что человек, получающий услугу, должен иметь возможность контролировать свои обстоятельства и уклад жизни. Внедрение этого принципа предполагает, прежде всего, изменение отношения к людям с особыми психическими потребностями.

При оказании как услуги проживания в сообществе, так и круглосуточной услуги специального ухода, следует предпринимать с людьми деятельность, похожую на ту, которая происходит при поддержке в повседневной жизни, т. е. важно развивать и сохранять навыки выполнения повседневных обязанностей и вовлекать человека в различные виды деятельности соответственно его возможностям.

В учреждении специального социального обеспечения оказывается услуга проживания в сообществе и круглосуточная услуга специального ухода (в последнем случае в целевую группу выделяют, среди прочих, людей с глубоким сложным недостатком здоровья, людей с нестабильной ремиссией и людей, направленных на круглосуточный специальный уход на основании постановления суда).

Услуга проживания в сообществе

Путем услуги проживания в сообществе для человека создается благоприятный для удовлетворения его основных нужд и развития уклад жизни, подобный семейному, в том числе обеспечиваются проживание и питание, с целью повысить способность лица самостоятельно справляться с повседневными делами и развивать навыки организации своей повседневной жизни. Это достигается участием в совместной деятельности.

Идеологией услуги проживания в сообществе является проживание согласно семейной модели и работа в совместном хозяйстве. Семейная модель уклада жизни подразумевает, что люди больше считаются друг с другом, ведут общее хозяйство, планируют бюджет и совместно занимаются повседневными делами.

Своеобразным критерием пригодности для услуги проживания в сообществе является способность лица осуществлять действия по самообслуживанию и работать по крайней мере на хозяйственных работах. Поскольку для этой услуги характерен уклад жизни семейного типа, то в рамках реабилитационной услуги важно оценить пригодность лица к тому, чтобы жить с другими и вести с ними совместное хозяйство.

Круглосуточная услуга специального ухода

Круглосуточная услуга специального ухода — это круглосуточный уход за человеком и его развитие, с одновременным предоставлением услуги проживания и питания, с целью сохранить и повысить способность получающего услугу человека самостоятельно справляться с повседневной жизнью. Развитием человека занимаются в безопасной среде проживания на территории поставщика услуги

Человек, пользующийся круглосуточной услугой специального ухода, в значительной мере нуждается в посторонней помощи и руководстве, поэтому нельзя направлять на круглосуточный специальный уход тех людей, которых возможно поддерживать при помощи иных специальных услуг социального обеспечения, содействующих их способности справляться с повседневной жизнью.

Круглосуточная услуга специального ухода оказывается людям с разными потребностями в уходе. Услуга оказывается отдельно лицам в состоянии нестабильной ремиссии, лицам с тем или иным тяжелым или глубоким расстройством психики, лицам с глубоким сложным недостатком здоровья и лицам, которым услуга назначена судебным постановлением.

- При нестабильной ремиссии периоды обострений болезни и улучшений постоянно чередуются, и состояние зачастую переменчиво.
- Глубоким сложным недостатком здоровья в значении круглосуточной услуги специального ухода считается тяжелый или глубокий недостаток умственного развития и одновременное наличие иного недостатка здоровья, согласно Закону о социальных пособиях людям с недостатком здоровья.
- На основании постановления суда на круглосуточную услугу специального ухода помещаются те люди, которые опасны для себя или для других, и для которых прочие меры социального обеспечения оказались недостаточными.

1.6. Права человека, пользующегося специальными услугами социального обеспечения, и их ограничение

Сознательное согласие. Для того, чтобы оказывать человеку услугу или помощь, должно иметься его согласие на это. Физическую неприкосновенность человека нельзя нарушать без его сознательного согласия. Согласие считается сознательным в том случае, когда человек достаточно проинформирован и понял суть и последствия того, на что он дает согласие.

Принудительное лечение и уход. Принудительное лечение и уход выполняются в закрытых учреждениях, где для этого созданы специальные отделения:

- психиатрическая больница
- инфекционная больница
- специальное учреждение социального обеспечения, где оказывается круглосуточная услуга специального ухода за лицом, направленным по решению суда

Неотложная принудительная психиатрическая помощь оказывается в том случае, когда одновременно присутствуют все следующие факторы:

- лицо имеет тяжелое психическое расстройство, ограничивающее его способность понимать свое поведение или управлять им.
- без больничного лечения лицо, вследствие своего психического расстройства, будет подвергать опасности жизнь, здоровье и безопасность как свои собственные, так и других людей
- прочая психиатрическая помощь не была достаточной

В случае принудительного лечения применяют как можно менее ограничивающие методы для обеспечения безопасности доставленного на лечение лица и прочих людей. Медицинский персонал уважает права пациента и его законные интересы.

Кроме того, пребывающему в доме по уходу человеку при ухудшении состояния тоже может понадобиться психиатрическое лечение. Если человек сам не понимает необходимости такого лечения и отказывается от него, то к нему применяют принудительное лечение и его помещают в больницу.

В случае услуг социального обеспечения, по решению суда человека можно направить только на круглосуточную услугу специального ухода с усиленным надзором. Без согласия человека можно поместить его на уход в учреждение социального обеспечения, если одновременно присутствуют все следующие факторы:

- лицо имеет тяжелое психическое расстройство, ограничивающее его способность понимать свое поведение или управлять им
- если человека не поместить в учреждение социального обеспечения, где оказывается круглосуточная услуга специального ухода, то он будет представлять опасность для себя и других
- прежние меры оказались недостаточными, или применение иных мер не является возможным

Если человек не в состоянии выразить свою волю, то считается, что он не давал своего сознательного согласия на нахождение на услуге. Согласие законного представителя (опекуна) не заменяет собственного согласия человека. Суд может поместить человека в учреждение социального обеспечения против его желания сроком до одного года.

Опека и попечительство. Смысл и цель опеки заключаются в защите личных и имущественных прав и интересов несовершеннолетних, а также взрослых лиц с ограниченной дееспособностью. Это означает, что являющийся опекуном человек должен выступать за опекаемого в его правах и действиях, которые влияют на его повседневную жизнь и необходимы для того, чтобы с ней справиться, в том числе в организации его денежных дел, оплате счетов, при необходимости в ходатайствовании о социальной помощи.

Ограниченную дееспособность устанавливают лицу, которое вследствие душевной болезни, слабоумия или иного психического расстройства в течение длительного времени не в состоянии понимать значения своих поступков или управлять ими.

Опекун является законным представителем опекаемого, и его деятельность нередко зависит от состояния опекаемого, поскольку вследствие своей ограниченной дееспособности опекаемый, как правило, не может сам отстаивать свои интересы. Лицо можно назначить опекуном только по его согласию. Необходимость в установлении опекуна решает суд.

Попечительство устанавливается учреждением опеки над совершеннолетним дееспособным лицом, которое ввиду недостатков в умственном или физическом развитии нуждается в помощи при осуществлении своих прав и выполнении обязанностей. Попечитель не является законным представителем подопечного. Обязанностью попечителя является уход за подопечным, местное самоуправление может платить ему за это пособие.

Права человека, пользующегося специальной услугой социального обеспечения

Под правами человека, пользующегося специальной услугой социального обеспечения, подразумеваются как общие права человека, так и более специфические права, связанные с потреблением специальных услуг социального обеспечения.

Права человека — это прирожденные моральные права каждого человека, которые являются общими и действуют для всех. К основным правам человека относятся право на жизнь, право на человеческое обращение и право на свободу. К правам человека относятся также свобода совести, вероисповедания и мысли, свобода слова, свобода собраний, свобода передвижения, право на равную защиту перед законом, право на рассмотрение дел публичным и беспристрастным судом, право на личную жизнь и неприкосновенность жилища и т. д.

Часто встречаются ситуации, когда права и/или предпочтения человека, пользующегося специальной услугой социального обеспечения, могут вступать в противоречие с правами и/или предпочтениями других людей. Отстаивание при необходимости прав клиента тоже является одной из рабочих обязанностей руководителя деятельности.

При планировании защиты прав следует выполнять следующие этапы:

1. Оценить ситуацию на основании фактов и изложить клиенту проблему, проистекающую из прав.
2. Определить цели, т. е. по возможности точно и в измеримых параметрах описать желаемый конечный результат или ситуацию.
3. Оценить свои командные и сетевые ресурсы, пригодные для разрешения ситуации (компетенция, время, законодательная ситуация, возможности сотрудничества с независимой представительской организацией и т. п.).
4. Оценить уровень готовности клиента к сотрудничеству для разрешения ситуации, в т. ч. прежний опыт отстаивания своих прав.
5. Оценить, на каком уровне должны осуществляться действия по защите прав.
6. Разработать стратегию вмешательства.

Исходя из ситуации выбираются интенсивность и методы вмешательства

Конфликтную ситуацию **малой интенсивности** следует попытаться разрешить прежде всего путем беседы и убеждения. К этому уровню относятся, в первую очередь, конфликты, возникшие по причине малой информированности одной или другой стороны. Далее, это конфликты, связанные с межличностными интересами или установками, например на уровне семьи или оказания услуги. Признание их наличия и их разрешение значительно улучшает качество жизни клиента, поэтому не следует относиться к их разрешению поверхностно. Кроме того, своевременное вмешательство помогает избежать необходимости использовать два следующих уровня.

О конфликтной ситуации **умеренной интенсивности** можно говорить, когда решение не находится и в качестве стратегии нужно использовать метод испытания на опыте. Пример — когда клиент, его семья и специалист по реабилитации имеют различные мнения относительно того, в каком объеме должна осуществляться услуга поддерживаемого проживания. Специалист, который отстаивает права клиента, должен стараться достичь возможности, чтобы клиент мог бы, например, испытать и обосновать желаемый уровень независимости. На уровне конфликта умеренной интенсивности можно уже взвесить и возможность прямо сослаться на законы, на право представить возражение и т. п.

Принудительные меры. Если решения не удастся найти на двух предыдущих уровнях, остается взвесить возможность применения принудительных мер для защиты прав клиента. Например, можно помочь клиенту обратиться за консультацией к юристу независимой представительской организации, представить возражение в Департамент социального страхования или обратиться в суд. На этом уровне рекомендуем поддерживать сотрудничество, например, с консультантами Эстонского представительского общества пациентов.

Для повышения терпимости в обществе и предупреждения и/или разрешения конфликтов можно подумать о различных совещаниях в местном сообществе, кампаниях, информировании политиков и т. п. Взвешивание возможности подобных вмешательств требует хорошего понимания обстановки и работы по планированию.

2. ЭТИКА В СОЦИАЛЬНОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

Если задать себе вопрос о том, что такое хорошее общество, то мы, очевидно, придем к убеждению, что это такое общество, в котором учитываются потребности всех групп населения и все люди защищены от бесчеловечного обращения. Не все люди в состоянии самостоятельно справляться со своей жизнью. На это существуют различные причины, и такие люди нуждаются во внимании и поддержке общества. Такую поддержку должны обеспечивать услуги системы социального обеспечения. При этом крайне важна этическая позиция самого работника в отношении клиентов услуг социального обеспечения.

Этику следует рассматривать как совокупность стандартов поведения и обязанностей как на личном, так и на профессиональном уровне. Существуют общие нравственные нормы, которые отражают ценности общества и преобладающие понимания относительно как верного и неверного поведения, так и обращения с определенными группами людей.

Этика социального обеспечения рассматривает права и обязанности получателя помощи и персонала. При оказании помощи людям с особыми психическими потребностями этика занимает более важное место, чем в какой-либо иной области, поскольку эти люди имеют мало возможностей защитить себя самостоятельно — они во многом находятся во власти других людей. Социальное обеспечение исходит из гуманистического взгляда на человека, согласно которому каждый имеет право на достойную человека жизнь и обращение, независимо от того, способен ли он приносить обществу пользу. Быть человеком — это само по себе ценность, которая предполагает уважение своеобразия и человеческого достоинства каждого. Ценить человека таким, какой он есть — это вызов как для общества в целом, так и, в особенности, для людей, работающих в системе социального обеспечения. Ценность человека не связана с тем, что он имеет или делает. Все люди обладают равной ценностью.

Равная ценность все людей означает, что на всех распространяются одинаковые права человека и одинаковые гарантии, что эти права будут уважаться. Люди, у которых диагностировано расстройство психики или определен недостаток умственного развития, не теряют из-за этого прав человека. Они тоже имеют право на безопасные, эстетичные и человеческие условия проживания, на личную жизнь, на личные свободы и т. д.

2.1. Права человека в социальном обеспечении

Отправным пунктом в социальном обеспечении являются важные документы по правам человека:

- Всеобщая декларация прав человека ООН
- Конвенция ООН о правах ребенка
- Исправленная и дополненная Европейская Социальная хартия
- Конвенция ООН о правах инвалидов
- Декларация о правах умственно отсталых лиц

В этих документах ценность придается следующему:

Жизнь — ценность всего живущего, это источник всех других ценностей. Каждый человек имеет право на жизнь — какими бы глубокими ни были его недостаток здоровья или особая потребность.

Свобода — у каждого человека должно быть право на свободу, если осуществление свободы не угрожает ему самому или другим людям. При работе с людьми с ограниченными возможностями очень важно право на самостоятельное принятие решений. Самостоятельное принятие решений — одно из основных понятий этики социального обеспечения.

Равенство и недискриминация как краеугольный камень справедливости. Недискриминация основывается на взаимосвязи принципов равенства и достоинства.

Справедливость — все люди заслуживают справедливого обращения как в правовых, социальных, экономических, так и в других аспектах. Люди с ограниченными возможностями имеют такие же права, как и другие люди.

Солидарность — предполагает сочувствие к страданиям, а также выяснение причин страданий нуждающихся и занятие позиции в этом отношении.

Социальная ответственность — отстаивание интересов людей, которые находятся в более уязвимом положении, и помощь им.

Реализация этих ценностей — важная цель всей системы социального обеспечения. Этик из Финляндии Мартти Линдквист утверждал: «Особо деликатна постановка этического вопроса в тех случаях, когда принимаются решения, которые касаются индивидуальности и жизни людей, нуждающихся в посторонней помощи. Причина проста: слабым людям требуется больше добра и им очень легко причинить зло». (Линдквист 1989, 41)

К одной из такой клиентских групп, легко уязвимой и требующей особого внимания, относятся люди с ограниченными возможностями. Первоначально уязвимость была признана в отношении людей с недостатком умственного развития. Для того, чтобы лучше защитить их интересы, на их права стали обращать особое внимание, и в 1968 году Генеральная Ассамблея ООН написала, а в 1971 году утвердила **Декларацию о правах умственно отсталых лиц**.

В этой декларации записано много важных прав:

- право на хорошую медицинскую помощь
- право на образование и обучение
- право на реабилитацию и руководство
- право на экономическую безопасность и достойную жизнь
- право жить вместе с семьей
- право на участие в местной общественной жизни
- право на подходящего опекуна
- право на защиту от ущемления, эксплуатации и унижительного обращения

Поскольку наше правительство приняло этот документ, то нашей обязанностью является придерживаться этих принципов и, следовательно, правительство должно создать для этого возможности. В своей профессиональной деятельности каждый работник социальной сферы руководствуется этими принципами наилучшим возможным образом.

Часто работник оказывается в очень затруднительном и противоречивом положении, поскольку ему нужно сделать выбор между разными ценностями и принимаемыми на их основе решениями. Работник, конечно же, может понять и поддержать клиента, однако, в то же время, должен учитывать и потребности семьи клиента или институциональные или общественные стандарты. Тем самым, с одной стороны, работник должен считаться с потребностями клиента, а с другой стороны, со стремлением общества установить социальный контроль за поведением своих членов. В таком конфликте ценностей от профессионала требуется способность найти баланс между различными возможностями и принять взвешенное решение.

Работая с людьми с особыми потребностями, мы можем испытать также и то, что права этих людей не реализованы, или что их потребности не акцептируются. Это может создать у работника конфликт ценностей между его восприятием достойной жизни и обращения и действительными принципами работы или возможностями учреждения. Тут задача каждого работника социальной сферы — отстаивать права своего клиента, информировать общественность о нарушениях, а так-

же требовать от политиков принятия соответствующих решений и обеспечения ресурсов — здесь можно ссылаться на международные документы.

В статье 13 **Европейской социальной хартии** записано право получать социальную и медицинскую помощь. Статья утверждает: в целях эффективной реализации права на социальную и медицинскую помощь, стороны обязуются обеспечить, чтобы каждый человек, у которого нет необходимых средств к существованию и который не в состоянии добыть их посредством работы или из других источников, в первую очередь посредством пособия от системы социального страхования, получал адекватную помощь, а в случае болезни соответствующий его состоянию уход.

Конвенция ООН о правах инвалидов была принята 13 декабря 2006 года на Генеральной Ассамблее. Конвенция и дополнительный протокол к ней дают современное понимание о правах и защите людей с ограниченными возможностями. От Эстонии конвенцию подписал президент Тоомас Хендрик Ильвес 25 сентября 2007 года.

Принципы конвенции следующие:

- уважение человеческого достоинства, индивидуальная автономия, включая свободу делать собственный выбор, в том числе в отношении независимости
- недискриминация
- полное и значительное участие и вовлечение в общественную жизнь
- уважение различий, а также признание людей с ограниченными возможностями частью человеческого многообразия
- равные возможности
- доступность
- равенство между мужчиной и женщиной
- уважение к развивающимся способностям детей с ограниченными возможностями, а также уважение прав детей с ограниченными возможностями сохранять свою самоидентификацию

Все страны-участницы, которые присоединились к данной конвенции, в том числе и Эстония, обязуются обеспечить всем людям с ограниченными возможностями полную реализацию прав и свобод человека без какой-либо дискриминации на основе недостатка здоровья.

В том числе, страны-участницы обязуются также принимать эффективные меры для того, чтобы повышать осведомленность общества в вопросах, связанных с людьми с ограниченными возможностями, а также содействовать уважению прав и достоинства людей с ограниченными возможностями. Страны-участницы должны бороться против распространенных в отношении людей с ограниченными возможностями стереотипов, предрассудков и пагубной практики, основанных на поле и возрасте. При этом взято обязательство влиять на освещение вопросов, касающихся людей с ограниченными возможностями, чтобы СМИ осуществляли это в положительном свете.

Почему такие статьи в конвенции важны для нас?

На протяжении многих лет в обществе существовало предвзятое мнение о людях с ограниченными возможностями и, говоря в широком смысле, обо всех, кто отличается от того, что мы принимаем за норму. Таким образом, можно привести пять видов отношения к людям с недостатком умственного развития:

1. **Субгуманное существо.** Это старейшее отношение. С данной точки зрения, человек с недостатком умственного развития не совсем человек, но что-то среднее между человеком и животным. Считалось, что человек с недостатком умственного развития выдерживает жару и холод лучше, чем нормальный человек, поэтому не считалось необходимым отапливать попечительские дома зимой. Также считалось, что они не ощущают боль в той же мере что другие люди. Предполагалось, что они реагируют примитивно, бесконтрольно и агрессивно. Поэтому попе-

чительские дома строили из более прочных материалов, оснащали решетками и тяжелой мебелью. Обязанностью персонала было охранять, убирать и кормить. Потребность в эстетической среде не предполагалась. Худшее при этом то, что люди начинали вести себя так, как от них ожидалось.

2. **Человек с психическим заболеванием.** В прошлом вполне обычное отношение. Не делалось различия между болезнью и недостатком здоровья. Поэтому попечительские дома часто создавались по типу психиатрической больницы. В руководстве были врачи, а персонал зачастую имел подготовку работников по уходу. Попечительские учреждения строились как больницы, постояльцев называли пациентами и на них заполнялись истории болезней. Отношение персонала характеризовало: «мы, здоровые люди» и «вы, больные». Очевидно, что у пациентов не было никакого права голоса. Протест рассматривали как приступ болезни.
3. **Человек, которому нужно сочувствовать.** Это было и есть довольно обычное отношение. Из сострадания и начали в свое время основывать попечительские учреждения. Согласно этому отношению считается, что человек с недостатком умственного развития страдает от своего положения. Он не понимает, что он другой, из-за чего не отвечает за свои действия. Он ребенок, который никогда не станет взрослым. В этом случае в учреждении социального обеспечения может практиковаться преувеличенная забота при отсутствии требований к людям с недостатком умственного развития. Их хотят делать как можно более счастливыми.
4. **Человек, способный развиваться.** Недостаток здоровья компенсируется в максимально возможной степени за счет обучения, технических вспомогательных средств и адаптации среды, так что функциональное расстройство становится минимальным. Человек с ограниченными умственными способностями способен на гораздо большее, чем считалось раньше, если только он получит в открытом обществе правильное и достаточное обучение и социальное ободрение.
5. **Человек, у которого есть право быть тем, кто он есть.** В последнее время на фоне увлеченности обучением появились и сомнения. Человек с ограниченными умственными способностями нуждается не только в поощрении и обучении, но и в праве расслабиться и чувствовать, что он годится таким, какой он есть. Появилось стремление видеть целое и стремиться учитывать все стороны человека, а не только те навыки, которых у него нет.

Изучая отношение к людям с ограниченными возможностями в разных странах, можно различить четыре фазы:

1. **Фаза отчуждения.** От людей с ограниченными возможностями держатся на расстоянии, их оттесняют или используют.
2. **Попечительская фаза.** О людях с ограниченными возможностями заботятся, их защищают, размещают по попечительским учреждениям, жалеют.
3. **Фаза восстановления.** О людях с ограниченными возможностями заботятся, и вдобавок их тренируют и предоставляют специальное обучение, чтобы они могли работать или по меньшей мере справляться с собой сами.
4. **Фаза интеграции.** Общество все больше адаптируется к потребностям людей с ограниченными возможностями. Действует принцип «общество для всех», в котором все принимают участие в общественной жизни и общаются. Все обслуживание, тренировки и обучение проходят в открытом обществе.

Подобное изменение отношения можно наблюдать и к людям с психическими расстройствами.

Мы пришли из общества, в котором люди с особыми психическими потребностями были спрятаны в стенах учреждений, и люди не были готовы встречать тех, кто отличается от общепринятых норм. Даже в настоящее время многие люди испытывают дискомфорт, сталкиваясь с людьми с ограниченными возможностями. Есть и такие, кто настроен откровенно враждебно. На протяжении многих лет в людях с особыми психическими потребностями видели опасных, непредсказуемых, способных нанести вред обществу личностей. Это называется навешиванием ярлыков.

С точки зрения **теории навешивания ярлыков** несоответствующее ролевому ожиданию поведение в обществе вызывает «приклеивание ярлыка», что оказывает значительное влияние на понимание человеком самого себя. Ярлыки — это набор ограниченных негативных взглядов, которые наносят вред большой и разнообразной группе людей. Это выражается во мнениях, что человек или группа людей представляют меньшую ценность, или что они другие.

Последствием навешивания ярлыков является **стигма**, или знак морального осуждения. Навешивание ярлыков не всегда связано с отличающимся от нормы поведением. Оно может стать уделом человека с особыми психическими потребностями и в том случае, если его поведение отвечает общепринятым нормам в обществе. Предполагая негативное отношение, такой человек пытается предотвратить отвержение. Для этого он скрывает свои особые потребности или вовсе прячется от социальных отношений. Это, в свою очередь, приводит к негативным последствиям — таким, как низкая самооценка и сниженное ощущение благополучия, а также лишение необходимой поддержки и лечения.

Стигматизирующее отношение к людям с особыми психическими потребностями (а также к людям с некоторыми заболеваниями) объясняется стереотипным мышлением и недостатком информации.

Такое отношение к людям с особыми потребностями не годится для сегодняшнего дня и не сочетается с гуманистическим подходом к человеку. Поэтому важно изменить отношение всего общества, и это можно сделать при помощи адекватной информации и максимально широкой интеграции людей с особыми психическими потребностями в обычное общество. Очень важно воспитывать толерантность во всех членах общества.

Проблемой в социальном обеспечении является тот факт, что в наших специальных учреждениях социального обеспечения люди с ограниченными умственными возможностями и с психическими заболеваниями живут вместе, тогда как по характеру своих особых потребностей они нуждаются в разных услугах.

2.2. Принципы этической практики

В каждой области деятельности, имеющей отношение к помощи людям и их поддержке, имеются собственные принципы этической практики, составляющие этику данной специальности и собранные в ее кодекс этики. Это суждения о ценности того, что мы считаем правильным. Отправным пунктом этих принципов являются нужды клиента, такие как выживание, признание, безопасность, идентичность, принадлежность, самоуважение, приватность, достижения, самореализация.

Эти этические принципы созданы для применения на практике, чтобы направлять и разграничивать деятельность по оказанию помощи. Эти принципы помогают работникам ориентироваться в сложных ситуациях вспомоществования и содействуют их профессиональному росту.

Орудием труда работника социальной сферы является его собственная личность. Соблюдение этических принципов своей специальности помогает защищаться от эмоционального выгорания и принимать такие решения, которые поддерживают благополучие клиента.

Приняв кодекс этики своей специальности, работник как бы заключает договор с самим собой, согласно которому он подчиняется этим обязанностям и стандартам и отвечает за их соблюдение.

Основные этические принципы в работе по социальному обслуживанию:

1. Уважать и поддерживать участие клиента. Мы видим в клиенте человека, компетентного в отношении собственной жизни, и, насколько возможно, привлекаем его к принятию касающихся его решений.
2. Уважать автономию клиента. Обстоятельства, которые ограничивают право на самоопределение человека, находящегося в учреждении социального обеспечения, называют дегуманизирующими. Например, когда человек вынужден жить в обществе кого-то, кого он сам не выбирал,

или если человека принуждают общаться, хотя он хотел бы лучше побыть один, не разрешают содержать домашнее животное, у него нет своей комнаты, он должен постоянно слушать поучения, хотя он взрослый человек, и т. д. — это все дегуманизирующие обстоятельства. Каждый человек должен как можно дольше иметь возможность сам принимать решения относительно себя, при условии, что это не наносит ущерба ни ему самому, ни другим.

3. Уважать внутреннюю ценность и достоинство индивида. Человеческое достоинство означает, среди прочего, также и то, что с человеком обращаются с доверием и теплотой, он может сам выбирать себе одежду, может есть и пить, не спрашивая на это разрешения, может хранить свои личные вещи под замком, может обсудить свои проблемы с доверенным лицом.
4. Принятие или одобрение. Работник принимает клиента как человека также и в том случае, когда он не принимает какой-то его поступок.
5. Признание индивидуальных особенностей клиента как индивидуальной личности. Человек должен чувствовать, что он годится таким, какой он есть.
6. Неосуждающая позиция в отношении поведения или порока клиента. Это все же не означает, что работник не может высказать своего критического мнения, но критика не должна превращаться в обвинение. Работник должен отстаивать те ценности и принципы, в которых выражаются добро и справедливость, а также мотивировать к этому и клиента.
7. Рациональность. Применима, когда нужно оценивать фактический материал, делать выводы, принимать решения и действовать в соответствии с ними.
8. Эмпатия. Работник должен быть в состоянии взглянуть на вещи с точки зрения своего клиента, содействовать тому, что облегчает жизнь, и бороться против того, что вызывает беспокойство и страдание.
9. Честность и искренность. Работник выражает свои мнения и чувства, раскрывая их уместным образом, т. е. он честен и прям.
10. Беспристрастность. Работник не отдает предпочтения ни одному из членов группы, но обращается со всеми одинаково.
11. Уважение конфиденциальности проблем клиента и приватности клиента, с соблюдением при этом правовых ограничений. Хранить в тайне то, что касается других людей — это естественно, но бывают случаи, когда социальный работник обязан нарушить конфиденциальность, например, если утаивание информации подвергает опасности самого клиента или кого-то другого (суицидальность, преступное намерение). Чаще всего социальные работники нарушают конфиденциальность тем, что слишком свободно рассказывают коллегам об обстоятельствах, которые касаются клиентов.
12. Самосознание. Работник должен отдавать себе отчет в последствиях своих действий или бездействия, быть в состоянии критически анализировать свою профессиональную деятельность.

На уровне общества важно:

- всем потенциально нуждающимся в помощи обеспечен справедливый и равный доступ к услугам/помощи
- работник отдает себе отчет в том, насколько важны цельность и значимость среды для идентичности клиента
- работник уважает коллег как личностей и сотрудничает с ними
- работник осознает границы своей компетентности и при необходимости ищет помощи у других специалистов
- при чрезвычайных ситуациях в государстве каждый работник социальной сферы готов оказывать необходимые услуги
- каждый работник социальной сферы признает важность постоянного развития и учебы в своей сфере деятельности

Одним из первых признаков профессионала является то, что он поступает согласно профессиональной этике.

Кодекс этики работников социальной сферы был принят на III конгрессе социальной работы Эстонии 30 ноября 2005 года. Он исходит из всех описанных выше принципов и согласуется с международным пониманием должностной этики работника социальной сферы.

2.3. Потребности человека как отправной пункт работы по социальному обслуживанию

Потребности человека можно разделить на группы и разместить согласно **пирамиде потребностей**.

1. Потребности низшего уровня, т. н. **необходимые для выживания, т. е. физиологические потребности** в пище, питье, сне, сексуальные потребности, необходимость защиты от холода, жары, боли и прочих неприятных явлений. Лишь когда удовлетворены эти потребности, проявляются потребности следующего уровня. Проблемное поведение может появиться как реакция на то, что не удовлетворены основные потребности.
2. **Потребность в безопасности и защищенности.** Человеку необходимо чувствовать в повседневной жизни защищенность, безопасность, стабильность, структурированность, закономерность, ритмичность, узнаваемость и предсказуемость.
3. **Потребность в привязанности и любви.** У человека есть потребность ощущать любовь, дружбу и принадлежность к одной или нескольким группам.
4. **Потребность в одобрении и признании.** Человеку важно чувствовать, что его ценят, получать внимание, признание, уважение и т. п. Один из способов удовлетворения этой потребности — достижение чего-либо / выполнение различных заданий в различных ситуациях и получение за это признания.
5. **Потребность в самоактуализации или самореализации.** Человек имеет потребность превращать в жизнь, или реализовывать свой личные потенциалы (способности и личное своеобразие), независимо от того, врожденные они или приобретенные в течение жизни. Эти потребности являются движущей силой возрастания и личного развития отдельного индивида.

Как и каждый, человек с недостатком здоровья тоже в первую очередь личность со своими обычными человеческими потребностями, и лишь после этого человек с ограниченными возможностями, который имеет особые потребности. Вследствие этих особых потребностей человек с недостатком здоровья нуждается в большей, чем обычный человек, поддержке для того, чтобы жить своей жизнью. Поэтому нужно давать ему необходимую поддержку, исходя при этом из его индивидуальных потребностей.

Вся оказываемая людям с ограниченными возможностями помощь должна носить индивидуальный характер, в том числе в учреждениях социального обеспечения. Следует постоянно контролировать это, а также следить за физической и психической зрелостью человека.

Поддержка и помощь, оказываемые людям с особыми психическими потребностями, должны быть направлены на то, чтобы по возможности сделать для них окружающий мир понятным. Когда окружающий мир непонятен человеку, он не может чувствовать себя в безопасности. Потребность в безопасности — это очень важная человеческая потребность.

Люди с ограниченными возможностями должны почувствовать, что у них есть своя воля, возможность ее выразить и ощутить, что окружающие их уважают.

При организации социального обеспечения, помимо удовлетворения основных потребностей, исходят также из того, что все люди, в том числе с ограниченными возможностями, способны разви-

ваться, если для этого создать необходимые условия. Отправным пунктом является также уровень развития конкретного человека.

Отправным пунктом является то, на что человек способен, а не то, на что он не способен.

Детям и молодежи с ограниченными возможностями следует предлагать такие же условия для возрастания, какие считаются благоприятными для всех детей и молодежи. Возможности, предлагаемые взрослым, должны основываться на тех потребностях, удовлетворение которых человек считает важным для того, чтобы жить как можно более самостоятельной жизнью.

В социальном обеспечении людей с ограниченными возможностями главенствуют два общих направления, в отношении которых имеется общее согласие.

- Социальное обслуживание должно быть направлено на развитие собственных способностей человека, чтобы он мог жить как можно более самостоятельной жизнью.
- Человек с недостатком здоровья должен иметь возможность жить как можно более нормальной жизнью, т. е. жить вместе с другими людьми и общаться с ними. Последнее достигается путем внедрения **принципа нормализации**.

Принцип нормализации означает, что людям с недостатком умственного развития и прочими особыми потребностями предлагаются такие модели и условия повседневной жизни, которые подобны или совсем аналогичны бытующим в обществе. К этому принципу относятся составные части нормальной жизненной модели, на которые люди с ограниченными возможностями имеют такие же права, как и другие.

1. Нормальный суточный ритм. Следует создать условия для как можно более нормального жизненного ритма. Человек с ограниченными возможностями должен вставать с постели и одеваться, даже если у него имеется тяжелый недостаток умственного развития или движений, и не должен ложиться в постель раньше, чем его сверстники или более молодые сестры-братья. Каждый человек должен иметь возможность жить в такой среде, где возможно установить суточный ритм.
2. Нормальный недельный ритм. В учреждении социального обеспечения организовать это довольно сложно, но можно попытаться, чтобы человек мог в свободное время отдыхать или заниматься приятной для него деятельностью.
3. Нормальный годовой ритм. Это включает чередование времен года, личные и государственные праздники и связанные с ними обычаи и традиции.
4. Нормальные фазы развития. Это означает возможность испытать различные этапы жизненного цикла — быть маленьким ребенком, школьником, молодым, взрослым, старым. При этом важно иметь возможность ощутить отношение и среду, вытекающие из возрастных потребностей. Дети должны иметь возможность жить и воспитываться дома. Молодежь должна иметь возможность бывать вместе со сверстниками. Со взрослыми нужно обращаться как со взрослыми.
5. Уважение требований и право на самостоятельные решения. Неприкосновенность и достоинство можно выразить путем самостоятельных решений. Если человек не в состоянии пользоваться правом самостоятельно принимать решения и тем самым защищать свою неприкосновенность, это право должен защитить законно уполномоченный представитель. Уважительное отношение к своему клиенту означает, что работник не говорит о своем клиенте в присутствии посторонних лиц, не раскрывает касающейся клиента конфиденциальной информации, обращается к нему прямо и ясно, произнося имя клиента и сообразуясь с его возрастом. Выборы и желания человека с ограниченными возможностями следует уважать и по возможности с ними считаться. Людям с ограниченными возможностями важно их участие в обсуждении касающихся их вопросов на разных уровнях.
6. Возможность встречаться как с мужчинами, так и с женщинами. Нормализация означает также и жизнь в мире, состоящем из двух полов.

7. Нормальный экономический уровень. Человек с ограниченными возможностями также нуждается в базовой экономической и социальной безопасности. Проживающий в учреждении социального обеспечения человек тоже нуждается в карманных деньгах на личные нужды, чтобы иметь возможность свободно выбирать, повышая ощущение компетентности.
8. Нормальный стандарт жилья. Жилье, где проживает человек с ограниченными возможностями, не должно быть предназначено для большего числа людей, чем это принято в обществе или чем он сам согласен.
9. Принцип нормализации означает, что при каждом выборе для человека с ограниченными возможностями нужно подбирать по возможности нормальную альтернативу в противовес чему-то особенному или непривычному.

Принцип нормализации распространяется на всех людей с ограниченными возможностями, даже с очень тяжелыми сложными недостатками. Им, конечно же, практически невозможно достичь всего того, что другие считают нормальным, но это не имеет значения. Вопрос стоит в том, чтобы жизнь была как можно более нормальной.

Нормализация также означает, что формы социального обеспечения, которое оказывается людям с особыми потребностями, должны по возможности составлять большую часть общей системы услуг общества.

Применение принципов нормализации позволяет людям с особыми психическими потребностями чувствовать себя активными и позитивно использовать свои возможности. Это, в свою очередь, содействует развитию самовосприятия.

Применение принципа нормализации позитивно влияет не только на самих людей с ограниченными возможностями, но и на ухаживающих за ними работников и родителей.

Целью общества как раз и должно быть то, чтобы все его члены жили той жизнью, которую они сами считают достойной человека. Среди необходимых компонентов хорошей жизни особое место занимает ощущение радости и счастья, поскольку оно является показателем того, как воспринимается жизнь. Здесь нет большого различия между людьми с недостатком здоровья и здоровыми людьми — и те, и другие нуждаются в ощущении радости и счастья. В этом смысле оба, и человек с недостатком здоровья и здоровый, могут жить равноценной жизнью.

Если общество найдет для этого достаточные средства, то люди с особыми потребностями смогут жить хорошей жизнью, быть счастливыми, применять свои дарования и способности — и это все согласно собственным задаткам, не обязательно в соответствии с нашими предположениями.

3. ЖИЗНЕННЫЙ ЦИКЛ РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА

Развитие человека по дуге жизни берет начало от слияния семени и яйцеклетки. Генетический пол нового гражданина общества — плода любви мужчины и женщины —, начинающего расти и развиваться в момент оплодотворения, определяет отец. Это происходит потому, что половина семенных клеток несет мужское начало (Y-хромосома), а половина — женское (X-хромосома). Но в то же время все оплодотворенные зародыши поначалу женского пола. Мужской пол ребенка формируется под воздействием притока тестостерона, вырабатываемого в яичниках в течение первого триместра беременности.

На вопросы относительно развития можно ответить, исходя из принципа онтогенеза (независимо от пола): каждый индивид в своем развитии повторяет те ступени развития, которые на протяжении всего длительного развития проходил его вид. Все развитие запрограммировано в ребенке, и заботой родителей остается лишь создать благоприятные условия для его роста и развития.

Закономерные изменения, описываемые в терминах роста, развития и созревания, в детстве и юношестве протекают гораздо быстрее, чем в зрелом возрасте. Некоторые изменения, такие как прибавка в росте и появление половых признаков, видны явно; другие же, как например развитие мыслительных способностей, можно наблюдать лишь косвенно.

Такие понятия, как рост, развитие и созревание иногда частично совпадают. Поскольку изменениям в размерах тела сопутствуют также и изменения в свойствах, функционировании и поведении организма, то понятия рост и развитие часто используются как синонимы. В чем они отличаются и как провести между ними черту?

Дело в том, что рост является основой любого развития.

Рост — это:

- увеличение физических параметров (тела и органов)
- процесс, продолжающийся с момента зачатия до взросления
- видимые глазом параметры (длина тела, вес и т. д.)

Развитие указывает на изменения в свойствах, функционировании или поведении человеческого организма или его частей.

В свою очередь, развитие —

- это продвижение к зрелости
- это процесс, продолжающийся от момента зачатия до смерти
- в детском и юношеском возрасте протекает быстрее
- невидимо глазом (изменения в мышлении, воле, установках и т. д.)

Процесс развития называется эволюцией; процесс деградации — инволюцией.

Созревание указывает на изменения, происходящие с индивидом в период с момента оплодотворения до взросления.

Созревание в биологическом значении:

- касается прежде всего тех изменений, которые проявляются спонтанно, без тренировок и внешнего вмешательства
- указывает на изменения, которые для каждого индивида, начиная с зачатия, физиологически заранее запрограммированы.

Созревание в социальном значении:

- достижение определенного уровня развития нервной системы ребенка, когда он готов считаться с другими, а также способен к общению в целях сотрудничества
- процесс, посредством которого формируются такие модели поведения, которые позволяют ребенку начинать вести себя по-взрослому
- влияние на развитие способности думать и рассуждать

Зрелость — более важное понятие, чем возраст. Как понятие, слово «зрелость» имеет более широкое значение, чем слово «созревание».

Зрелость:

- указывает на то, что в результате созревания достигнут определенный уровень
- в отношении детей указывает на особенности поведения конкретного ребенка среди группы сверстников (напр. способность читать)

Понятие зрелость применимо также и к физиологическому развитию. Если, например, у 12-летнего Марта появляются вторичные половые признаки (начинают расти борода и волосы на теле, ломается голос), то он считается **акселерантом** (раннее созревание), ибо, как правило, такие изменения начинаются в 14 лет. Но если, допустим, у Пеэтера начинает появляться подобное только в 16 лет, то о нем говорят уже как о **ретарданте** (позднее созревание).

Под **зрелым** и **незрелым поведением** подразумевается соответствие поведения данной возрастной группе. Если, например, говорить о трехлетнем ребенке, то приступы капризов в таком возрасте — нормальное явление, которое ребенок, в общем случае, скоро перерастет. Но если такое наблюдается в девятилетнем возрасте, есть основания для опасений, ибо в таком возрасте дети обычно не капризничают. Стало быть, капризы в три года не могут считаться признаком незрелости, но для ребенка девяти лет уже указывают на незрелость.

3.1. Жизненный цикл

Жизненным циклом называется весь жизненный путь человека, иначе — путь от рождения до смерти. Его нередко изображают в виде дуги — потому что в начальном периоде жизни человек развивается быстро, во взрослом возрасте эта дуга замедляется и стабилизируется, а в пожилом возрасте начинается быстрый обратный процесс.

Развитие по дуге жизни длится на протяжении всей жизни. Во взрослом и зрелом возрасте/старости в человеке также отмечаются приливы обновляющих его сил и возможностей. Исследователи дуги жизни пришли к выводу, что:

- жизнь каждого человека неповторима и образует уникальную индивидуальную целостность
- несмотря на большие индивидуальные различия, в жизненном цикле каждого человека можно выявить общие закономерности развития
- события в развитии индивида можно лучше понять, если рассматривать их на фоне общих закономерностей развития личности

Эти мнения можно назвать исходной идеей жизненного цикла.

Индивид и индивидуальность. Каждый человек уникален; это проявляется как во внешнем облике, так в отношении внутренней жизни. Индивидом называют личность, обладающую присущими только ей особенностями, иначе — своеобразием или индивидуальностью. Индивидуальность или своеобразие формируется с возрастом и зависит от того, какими были предшествовавшие периоды развития человека.

Разные исследователи жизненного цикла разделяют процесс развития человека на периоды различным образом. Начало психологическим исследованиям жизненного цикла положила Шарлотта Бюлер, по мнению которой человек по своей природе — существо деятельное, стремящееся к своим целям и к познанию самого себя. Человек может быть сам собой только, изменяясь или будучи готовым к изменениям, если этого потребуют внутренние или внешние обстоятельства.

Автором известных психоаналитических исследований жизненного цикла является Эрик Х. Эрикссон (1902—1994). По Эрикссону развитие человека состоит из трех компонентов при их совместном влиянии: т. н. изначальный биологический материал (наследственность), окружающая среда (обучение) и индивидуальность человека (свое «я»).

Зигмунд Фрейд привнес в психологию такие известные идеи, как, например, влияние подсознания на деятельность, важность и значимость детства в развитии индивида, динамичное развитие психики под влиянием определенных противоречий в отношениях, структурная модель психики с определенными этапами развития (т. е. историей развития).

Лоренц Кольберг известен своей теорией этапов развития нравственности. Он выделяет преконвенциональный (т. е. доусловный), конвенциональный (т. е. традиционный) и постконвенциональный этап (люди обосновывают нравственные суждения на принципах, которые они сами приняли).

Хотя подходы разных исследователей к развитию человека различны, имеется и общая позиция, заключающаяся в том, что:

- этапы жизненного цикла у всех людей одинаковы
- каждому этапу свойственны свои особенности и основные проблемы
- на каждом этапе имеются свои задачи развития, которые должны исполниться для того, чтобы успешно перейти на следующий этап
- каждый человек проходит задачи развития свойственным лишь ему индивидуальным образом
- возрастные границы жизненного цикла могут значительно варьироваться от индивида к индивиду

Этапы жизненного цикла

Дугу жизни человека можно условно разделить на одиннадцать этапов или периодов. С точки зрения развития человека очень важны именно переходы от одного этапа к другому.

Внутриутробный период и рождение

Первый этап жизненного цикла. Внутриутробный период длится девять месяцев и заканчивается рождением. Длинный и трудный путь продвижения по родовому каналу, ощущение света, температуры, звуков внешней среды — все это может являться травмирующими факторами. Окружающая среда, в которой оказывается родившийся ребенок, очень отличается от той, в которой он развивался до рождения — материнской утробы. Существуют мнения, что рождение является наиболее опасным и решающим моментом в жизни человека. Между рождением и переходом к последующему этапу находится период, основным содержанием которого является открытие мира и окружающей среды и ощущение собственного тела. Хотя у новорожденного ребенка имеются в наличии все жизненно важные органы, они настолько мало развиты, что ребенок более беспомощен, чем детеныши многих животных.

Грудной возраст: рождение — 1 год

Грудной возраст длится от рождения до того, как ребенку исполнится год. Как в физическом и умственном, так и в эмоциональном плане ребенок развивается в таком возрасте очень быстро. Здоровый ребенок прибавляет в весе в среднем 400 г и в росте 1,5 см в месяц. В первый год жизни грудной ребенок привыкает к внешнему миру и приобретает в нем самый первый жизненный опыт. В общении с важными для него людьми — матерью, отцом, братьями и сестрами — ребенок учится узнавать речь и сам начинает говорить. Он также учится как доверять людям, так и не доверять.

Возникновению доверия содействует дружелюбная окружающая среда, готовая приходить ему на помощь. Поскольку малыш в таком возрасте весьма активный «познаватель», то немаловажно, чтобы окружающая среда стимулировала познание и в то же время была безопасной. Когда окружающие создают вокруг ребенка такую среду, то к концу первого года ребенок научится самостоятельно ходить, выговаривать слова с определенным значением, посредством плача выражать свои желания и доверительно относиться к своим близким. Это значит, что задачи развития первого года жизни выполнены, и ребенок переходит на другой уровень сознания и социальных отношений.

Малышовый возраст: 1—3 года

Малышовый возраст длится с первого по третий год жизни. Это период бурного физического и умственного развития. В этот период ребенок учится разговаривать, свободно и самостоятельно передвигаться (ходить, бегать, ползать). Кроме того, он учится самостоятельно есть и начинает приспосабливаться к первым социальным установкам и нормам, что оказывает влияние на всю его дальнейшую жизнь. Органы чувств достигают стадии относительной зрелости и дают возможность точнее и реальнее отражать окружающий мир. Развивается самоконтроль, формируется собственная воля. В этот период малыш норовит все делать сам: одеваться, принимать решения — словом стремится быть независимым. Все это происходит через столкновения с реальной действительностью, через трудности и разочарования. Утверждению собственной позиции может сопутствовать непредвиденное поведение — упрямство, злость, лукавство, обиды. Существенную роль в развитии играют любовь, разговоры с ребенком, игры, проведение с ним времени, поиск равновесия между разрешенным и запрещенным. Разрешение всего и запрещение всего одинаково плохи: ребенок, которому все было дозволено, может вырасти прихотливым и своенравным, а тот, чьи желания никогда не выполнялись, может вырасти с установкой, что он вряд ли сумеет достичь в жизни всего, чего хотел. Самыми главными людьми для малыша по-прежнему остаются родители, братья и сестры, дедушки и бабушки. Формируется привязанность к одному или нескольким близким людям. Немаловажными людьми теперь являются также и товарищи по детским играм. Возраст до трех лет считается периодом, имеющим решающее значение в развитии личности. Еще И.-В. Гёте сказал, что больше всего уроков он усвоил именно за три первые года жизни.

Дошкольный возраст: 3—6/7 лет

Период, длящийся с трех до семи лет, называют дошкольным. В дошкольном возрасте главный род деятельности ребенка — игры со сверстниками. Через игры он знакомится с окружающим миром и постигает отношения между людьми. Круг общения ребенка расширяется, изменяется и характер отношений. Ребенок начинает участвовать в деятельности взрослых, помогать им. Развиваются его фантазия, воля и характер. В таком возрасте ребенок усваивает такие понятия, как хорошо—плохо, разрешено—запрещено, правильно—неправильно, мужчина—женщина. Многие дети в этом возрасте уже учатся читать, писать и считать. Посредством всего этого ребенок созревает для школы. Поскольку школа предоставляет возможность для различной деятельности, экспериментов и проявления инициативы, ребенок с нетерпением ожидает начала школы и обуюн жаждой учиться. Преуспевший в развитии ребенок, стоя в преддверии школьного пути, чувствует, что мир хорош для жизни и увлекательных исследований.

Главные для ребенка люди — это члены его семьи, но помимо них также и другие люди приобретают значимость.

Младший школьный возраст 6/7—11/12 лет

Период, длящийся от 6 до 12 лет, называют младшим школьным возрастом. Школьник младших классов уже физически готов к продолжительной серьезной деятельности и к выполнению заданий, которые требуют подчинения правилам и обуздывания своих желаний. У ребенка уже достаточно развита способность к воображению. Его язык становится богаче, что позволяет ему свободно общаться с другими людьми, а также выражать свои мысли. В этом возрасте начинается школьный путь. Со школой связаны многие обязанности; ребенок приобретает опыт успехов и неудач. Ребенок учится читать, писать и считать, развивает новые навыки в искусстве, музыке и других областях, общается и проявляет активность в компаниях. Растет его самосознание. Шко-

ла и кружки по интересам обуславливают необходимость развития навыков сотрудничества, без которых невозможно быть членом группы, а также добросовестности, трудолюбия, активности и деловитости.

Выполнение обязанностей дома и в школе — это очень важный опыт успехов, радости от труда и удовлетворения, поскольку каждый успех порождает новый успех, а неудача — следующую неудачу. Школьнику особенно необходимо воспитывать в себе трудолюбие, поскольку в более поздние периоды жизни делать это будет гораздо труднее.

Значимыми людьми для ребенка в этот период становятся друзья и знакомые. Их важность в его жизни год от года растет. Не менее важен в этом возрасте авторитет и пример учителя.

Подростковый возраст: 11/12—15/16 лет

Возрастной период от 11 до 16 лет называется подростковым или переходным. Это очень беспокойный и чреватый конфликтами период. Происходит половое созревание, что делает характер подростка беспокойным и неуравновешенным; пробуждается интерес к противоположному полу. Подросток из ребенка превращается во взрослого. Становление сопровождается повышенной эмоциональной возбудимостью, ведущей к раздражительности и ранимости. Растущее самосознание порождает стремление к независимости и самоутверждению. Развивается абстрактное мышление, благодаря которому подросток уже в состоянии разрешать довольно сложные проблемы. Вследствие биологических изменений подросток ощущает необыкновенный прилив энергии и сил, и вместе с этим тяготится повседневным однообразием. Проблемы личной жизни зачастую кажутся непреодолимыми.

В этот период ребенок замечает, что родители несовершенны, а мир полон неразрешимых проблем, и будущее рисуется туманным. Отношения со взрослыми меняются. Авторитет родителей и учителей, в его глазах уже блекнет: их значимость отныне зависит от того, насколько они в состоянии справиться с каверзными вызовами и испытаниями, которые подбрасывает им подросток. Обязанности и ограничения вызывают у подростка гнев. Ему кажется, что его не воспринимают всерьез, а продолжают относиться к нему как к ребенку. Переоценивая свои возможности, он легко попадает в конфликтные ситуации со взрослыми, вследствие чего предпочитает им круг своих сверстников, тем самым легко попадая под влияние группы. Появляются друзья с новыми ценностями (не всегда подающие ему положительный пример). Друзья как раз и становятся самыми значимыми людьми.

Поскольку подросток уже не ребенок, однако еще и не взрослый, то данный период жизненного цикла является наиболее сложным и запутанным.

Юношеский возраст: 15/16—20/22 года

Однозначного определения границы между подростковым и юношеским возрастом не существует. Часто эти две возрастные категории рассматриваются как единое целое, возрастная цифра которого заканчивается суффиксом -дцать. Это — некоего рода «мост», ведущий из детства в мир взрослых. В этом возрасте человек вплотную подходит к рубежу зрелости, а это значит, что он уже сформировался как в физическом, так и в интеллектуальном и социальном плане.

Вырабатывается больше спокойствия и уравновешенности. Это пора взрослеть, определяться, начинать работать и самостоятельно справляться с жизнью. Мышление становится систематичным и более теоретизированным, чувства — более устойчивыми и глубокими. Приходит опыт любви и интимных отношений.

Осознание себя как личности пробуждает интерес к насущным вопросам мирового масштаба и приверженность к определенным идеалам. Молодой человек учится вести себя как мужчина или женщина, устанавливает себе личные нормы поведения. Теперь ему приходится принимать решения относительно своего будущего (например, в плане выбора профессии), оценивать, приемлемы ли для него нормы и ценности тех или иных социальных/национальных групп, и стоит ли отождествлять себя с ними (сексуальная ориентация, вера и т. п.). Если личность восприимчива к чужому влиянию, есть опасность оказаться жертвой дурного влияния.

Значимые люди для молодежи — члены семьи, соученики и/или сотрудники. Часто молодой человек отождествляет себя с отцом или матерью, будучи в тоже время весьма критичным по отношению к ним.

Ранняя зрелость или взрослый возраст: 20/22—35 лет

Возрастной период от 20 до 35 лет называется периодом ранней зрелости. Ранняя зрелость — это время, когда определяются карьера, содержание и стиль жизни, человек покидает родительский дом и начинает самостоятельную жизнь. Это также время создания и поддержания близких отношений, выражения интимности, верности и преданности; время принятия решения насчет создания семьи и вступления в роль родителей. Приобретение знаний продолжается, однако теперь зачастую уже в виде повышения квалификации. Расширяются контакты с миром, развиваются способности. Дальнейшие выборы в жизни делаются под влиянием уже сформировавшихся понятий о том, что хорошо и что плохо, что можно и что нельзя, а также уровня развития добросовестности и трудолюбия.

Если какие-то из вышеперечисленных задач выполнить не удалось, человек начинает анализировать ошибки и искать виноватых. В результате может наступить чувство одиночества, недовольства содержанием или стилем своей жизни и/или карьерой.

Значимые люди — члены семьи, коллеги по работе и родители.

Поздняя зрелость или взрослый возраст: 35—55/60 лет

Возрастной период от 35 до 55/60 лет называется периодом поздней зрелости или взрослым периодом. Это — пора наиболее продуктивной и творческой деятельности. Для человека возрастает значимость его работы, потому что дети растут, становятся независимыми и покидают дом. Если работа несет с собой удовлетворение и соответствует интересам, то наивысшие показатели в ней достигаются как раз именно в этом периоде.

Физические, интеллектуальные возможности, а также состояние здоровья ослабевают, способствуя так называемому кризису среднего возраста. Кризис среднего возраста вызван тем, что человек осознает, что возможности у него уже ограничены, и думает, что его возрастание прекратилось. Человеку уже многое не по силам из того, что было по силам прежде. Вершина возможностей покорена, однако достигнутое порой не приносит удовлетворения, а мысли о недостигнутом доставляют боль. Могут возникнуть трудности в отношениях с близкими людьми, а также их разрушение. Выборы, которые делают дети, не всегда по душе, но их решения и выборы влияют также и на жизнь родителей. Надо мириться и с тем, что собственные родители стареют, болеют и умирают. Приходится переживать потери и неудачи, вследствие которых люди замыкаются в себе.

Значимыми людьми в среднем возрасте являются коллеги и члены семьи.

Пожилой возраст: 55/60—70 лет

Возрастной период от 55 до 70 лет называется пожилым возрастом. Старение приносит с собой многочисленные изменения в организме: упадок сил, ослабление памяти. Чувственное восприятие притупляется, гибкость движений теряется. Способность к учебе снижается, возрастной регресс становится более заметным, проблемы со здоровьем усиливаются. Понижено восприятие высоких звуков и способность читать на близком расстоянии — приходится пользоваться очками. Наблюдается падение сексуальной активности. В этом возрасте приходится отказываться от работы и привычного уклада жизни, что бывает очень тяжело. Количество сверстников уменьшается. У детей — своя жизнь. Наступает одиночество.

На сегодняшний день вошло в обиход такое понятие, как третий возраст (англ. *third age*), который наступает следом за средним возрастом. Вновь наступают возможности наслаждаться жизнью: «почивать на лаврах», отдыхать, отдаваться любимому хобби, по возможности путешествовать, погружаться в спокойные воспоминания о прошлом.

Значимые люди в этом возрасте — члены семьи, дети и внуки.

Старческий возраст: 70—90 лет и долгожительство: свыше 90 лет

Возраст от 70 до 90 лет — это последний, десятый период. Его еще называют старческим возрастом. Тех, кому более девяноста лет, именуют долгожителями. Некоторые люди еще наслаждаются в этом возрасте жизнью, другие испытывают чувство горечи. Данному возрастному периоду свойственен такой же быстрый регресс, каким было развитие в младенчестве. Человеку, который привык всегда справляться с жизненными трудностями сам, очень трудно признать свою зависимость от чьей-то помощи. Круг общения стал уже, одиночество подступает все больше и временами становится непереносимым. Здоровье ухудшается; проблемы, вытекающие из обратного развития, осложняют также и жизнь окружающих. Отныне приходится учиться зависимости от других, учиться справляться со своим одиночеством и старческими недугами.

Значимые люди для старого человека — дети, внуки и его помощники.

3.2. Кризисы, сопутствующие развитию

Кризисы — это неотъемлемая часть жизни человека. Всю жизнь можно рассматривать как цепочку психических кризисов. Кризисы несут с собой заботы и страдания. Они могут быть достаточно тяжелыми: привести к болезни или даже к самоубийству. Поэтому в связи с кризисами учитывается также и субъективная сторона, связанная с внутренними болезненными и противоречивыми чувствами человека. Но, с другой стороны, кризисы могут также содействовать поиску смысла жизни.

Слово кризис имеет греческое происхождение, *krisis* в переводе значит разделение, выделение, решение, а также поворотный пункт, удаление от начала.

Продвижение к чему-то новому предполагает разрыв со старым, однако это вызывает страх перед неизвестностью и неуверенность. Порой неизвестность перед новым может быть настолько пугающей, что человек бежит от этого, даже если старое служит источником страданий. Если он держится за старое и ищет в нем опору, то это не дает ему замечать возможности, сокрытые в окружающем. И тем не менее кризисы побуждают человека (если старые способы справиться с жизненными трудностями становятся невозможными или слишком затруднительными) идти навстречу новому.

Психический кризис. Шведский психиатр Йохан Куллберг предложил определение психического кризиса как положения (или стадии жизни), где ранее приобретенные опыты, способы справиться с жизненными трудностями и освоенные реакции не помогают осмыслить нынешнюю жизненную ситуацию и управлять ею.

Кризис является движущей силой, потому что требует изменений: например, через кризис люди развиваются, обретают зрелость. Произшедшие изменения могут быть как внешними (практическими, поведенческими), так и внутренними (оценка ценностей, вера, мировоззрение). В результате кризиса человек может стать на совершенно новую ступень развития.

Кризисы разделяются на **возрастной и ситуационный**. Возрастные кризисы сопутствуют нормальному развитию человека. Они формируются медленно, и их можно расценивать как естественные явления. Ситуационные кризисы представляют собой неожиданные изменения, которые, обрзо говоря, вторгаются внутрь и производят разрушительные действия. Такие кризисы могут настигнуть человека в любом возрасте. Хотя ситуационные кризисы тоже приводят к немалым переменам, дающим толчок к переходу на новый жизненный этап, но в дальнейшем мы сосредоточимся именно на возрастных кризисах.

Возрастные кризисы часто сопровождает переход с одного этапа жизненной дуги на другой. У некоторых людей переход на новый этап порождает тяжелый кризис, у других этот переход, наоборот, проходит незаметно. Возрастные кризисы — это неизбежно возникающие в жизни критические периоды, когда приходится приобретать новые умения, необходимые для того, чтобы благополучно справиться с трудностями следующего жизненного этапа. Еще в средние века считали, что по прошествии каждых семи лет наступает время существенных перемен, которое неизбежно требует большого напряжения сил. Умение справиться с жизненными трудностями во многом может быть связано с тем, насколько успешно человек преодолевал предшествующие кризисы.

Модель возрастных кризисов по Эриксону

Одна из самых лучших и самых известных моделей кризисов, связанных с жизненным циклом и с переходными этапами, создана Эриком Эриксоном (1971). Эриксон описывает различные критические ситуации, характерные для каждой фазы развития. В каждом подобном кризисе, как подчеркивает Эриксон, борьба между негативным и позитивным началами должна заканчиваться успехом. Это — необходимое условие для продвижения к дальнейшему этапу. Но в то же самое время ни одна победа не может считаться окончательной.

По Эриксону кризис — это прежде всего переломный момент в жизни. Поворотный пункт. Развивающаяся личность в один прекрасный момент оказывается способна совершенно по-новому взглянуть как на себя, так и на окружающий мир. Формируется качественно новый физический и психический уровень, который, с одной стороны, открывает совершенно новые, доселе невиданные, возможности, но, с другой стороны, прибавляет также новые нужды и дополнительную уязвимость. Человек может последовательно переходить в своем развитии на дальнейшие уровни зрелости, только благополучно разрешая, одну за другой, следующие психосоциальные ситуации:

1. Доверие или недоверие.

На первом этапе двумя противоположными элементами являются доверие и недоверие. Грудной период (до конца первого года жизни) основывается на полном и абсолютном доверии к матери, потому что ребенок — существо беспомощное и совершенно не приспособленное к самостоятельной жизни. Отсюда берет свое начало доверие к себе и к другим, вера в удовлетворение своих потребностей, в исполнение своих желаний. Если основные нужды ребенка останутся без удовлетворения, а он сам — без должной заботы, то он вырастет неуверенным в себе и недоверчивым к окружающим.

2. Автономия или стыд/сомнение.

Автономия и стыд/сомнение — это конфликт малышового возраста. В раннем детстве (с первого по третий год жизни) формируется воля. Способность контролировать себя содействует развитию чувства самостоятельности. Однако наряду с собственной инициативой и стремлением все сделать самому может развиваться также сомнение и стыд за свою неумелость.

3. Инициатива или вина.

Инициатива или вина — это характеристики дошкольного периода. В игровом возрасте (от трех до шести лет) преобладают такие свойства, как подвижность и любопытство. Испытывается как стремления ребенка к самостоятельности, так и умение преодолевать трудности окружающей среды. Возможность ставить свои цели и претворять их в жизнь, не опасаясь наказания, развивает целеустремленность. Чрезмерные запреты и наказания со стороны родителей порождают в ребенке агрессивность, за которую ему бывает стыдно, и упрямство.

4. Успешность или неполноценность.

Успешность или неполноценность — это основной конфликт школьного возраста. Младший школьный возраст (от шести до двенадцати лет) — это время учиться контролировать свое воображение и привыкать к школьной жизни. Для выполнения заданий необходимо объединять знания с физическими навыками. Удачи служат признаком способностей и умений, побуждают развитие трудолюбия. В то же время, посещение школы приносит в жизнь ребенка многие изменения: появляются новые товарищи, меняется весь жизненный уклад. Появляются также и новые домашние обязанности. Все это создает почву для формирования ощущения собственной неполноценности. Конфликт обусловлен тем, что, с одной стороны, присутствует чувство удовлетворения, а с другой — чувство неполноценности, проистекающее от нелестного сравнения с другими.

5. Идентичность или путаница ролей.

Подростковый возраст характеризуется попыткой идентифицировать себя или справиться с путаницей ролей. Кризис подросткового возраста (с двенадцати до двадцати лет) можно назвать кризисом идентификации. Это время, когда люди задают себе вопрос — кто я есть, чего я хочу добиться

в жизни, что меня ожидает? В этом возрасте подросток открывает собственную уникальность, возникает желание блеснуть чем-то необычным. Половое созревание, быстрое физическое развитие, выход из детства и неопределенность в ценностях затрудняют и осложняют эту задачу. Изменения в собственной личности и неопределенность будущего могут способствовать внутреннему смятению и неспособности определиться с собственной ролью, мешают планировать свое будущее. Однако именно через поиски, через трудности и радости самопознания как раз и формируется ощущение идентичности. Как следствие идентификации — способность быть верным своим идеалам и другим людям. Верность же, в свою очередь, еще более укрепляет идентификацию.

6. Интимность или изоляция.

По Эриксону, противоречия раннего взрослого периода связаны с тем, добиваться ли интимности или оставаться в изоляции. Идет поиск романтических отношений, ощущается нужда в связи с другим человеком. Человек открывает в себе любовь — чувство глубокой и всеохватывающей привязанности — и вместе с этим способность к посвящению себя тому, кого он любит. Непостоянство в самоидентификации в данном случае может навредить. Недостаток уверенности в себе подрывает смелость позволить себе привязанность, может привести к избеганию близких отношений и к отчуждению от других.

7. Уход в себя или застой.

Средний взрослый период (от тридцати до шестидесяти пяти лет) связан с *созиданием*, отсутствие чего провоцирует уход в себя или застой. Это кризис, результатом которого будет либо качественное обновление, либо стояние на месте. Развитием личности движет потребность творить и создавать нечто такое, что переживет самого человека. Это могут быть дети, идеи, предметы. Если же эта потребность не находит воплощения и угасает, тогда возникает застой в развитии и опасность духовного обеднения. На данном жизненном этапе на первое место выходит потребность заботиться о ком-то или о чем-то. Все то, что создано (будь то рождение ребенка, знания, произведения искусства, накопленное имущество) — требует заботы и бережного отношения.

Все в порядке, когда цели достигнуты и это приносит удовлетворение. Кризис возникает тогда, когда достигнутые цели удовлетворения не приносят. Например, если человек проработал 25 лет на одном рабочем месте и вдруг неожиданно остался без работы, он начинает ставить под вопрос все свои прежние достижения. То же случается, если супружеская пара среднего возраста отдаляется от своих детей — опять же может прийти ощущение, что жизнь не удалась. Лучший способ разрешения кризиса генеративности — переосмысление границ своих возможностей.

8. Целостность и безнадежность.

Кризис, с которым сталкиваются все пожилые люди — это поиск целостности. Поздняя зрелость начинается с шестидесяти пяти лет, и в ней противопоставлены целостность и безнадежность. Какая сторона в этом случае перевесит, зависит от того, как человек оценивает прошедшие годы. Те, кто считают сделанное в прожитой жизни нужным, и убеждены, что внесли свой вклад в большое общее дело, испытывают чувство целостности. Из этого формируется жизненная мудрость, включающая накопленный с годами опыт и знания, которые человек сохраняет и передает дальше. Те же, кто сомневается в пользе прожитых лет и сожалеет о том, что осталось не сделано, напротив — ощущают горечь безнадежности, причем порой до такой степени, что вся прожитая жизнь видится им бессмысленной.

В старости в основном преобладают воспоминания о прошлом, а мысли о смерти посещают все чаще. Смерть — это часть будущего, которая неизбежна, но в то же время покрыта неизвестностью. Сохранить радость жизни помогает переключение своих мыслей с самого себя на окружающую жизнь во всех ее проявлениях. Интерес к жизни и деятельности молодого поколения, осведомленность об их делах и заботах поддерживает в старом человеке бодрость духа. Жизненные силы прибавляет ему также общение со сверстниками, особенно проникнутое взаимоподкреплением. Все поколения связаны между собой — отсутствие одного наносит ущерб развитию другого. Взаимопонимание между пожилыми и молодыми предполагает открытость в отношениях и взаимный интерес друг ко другу. Пожилой человек обладает сокровищницей воспоминаний. Молодежь преизбыточествует силой, энергией и энтузиазмом.

Учение Эриксона о психосоциальных кризисах ясно указывает на развитие человека на протяжении всей дуги его жизни. В то же время, его анализ кризисов является всего лишь обобщением — не все люди на протяжении своей жизни проходят вышеупомянутые этапы кризисов.

3.3. Области развития

Общее развитие человека включает различные его аспекты: когнитивное, социальное, нравственное, т. е. моральное, эмоциональное и физическое развитие. Все аспекты развития связаны между собой, то есть развитие в каком-то конкретном аспекте влияет на развитие в других аспектах. Внимание необходимо уделять им всем.

Когнитивное развитие

Когнитивное развитие связано с такой деятельностью, как мышление, восприятие и разрешение проблем — т. е. с деятельностью, которая считается интеллектуальной.

Одним из ведущих ученых, значительно повлиявших на представление о детях и их развитии, был франко-швейцарский психолог Жан Пиаже (1896—1980). Его основные исследовательские работы посвящены исследованию развития мыслительных способностей детей. Пиаже описал четыре стадии когнитивного развития от грудного до взрослого возраста, которые основываются на качественно отличающихся друг от друга видах мышления. Переход от одной стадии к другой происходит путем ассимиляции и аккомодации. Это базовые процессы когнитивного развития. Ассимиляция означает объединение новой информации с уже имеющейся. Например, если ребенок, который учится говорить, усвоит значение слова «кошка», и потом, указав на улице на собаку, скажет «кошка», то значит произошла ассимиляция. Ребенок увидел сходство между домашней любимицей и идущей по улице собакой и употребил известное ему слово.

Аккомодация означает изменение или преобразование имеющегося образа мышления с учетом новой информации. В примере с кошкой и собакой ребенок быстро перестроит свои знания (при условии, что ему объяснят, что собака — это все-таки собака, а не кошка) и начнет понимать не только различия между кошкой и собакой, но и различия между котенком и кошкой, между домашней и дикой кошкой и т. д. При переходе на новый этап все прежнее достигнутое в мышлении равновесие переворачивается с ног на голову, в том числе процессы ассимиляции и аккомодации.

Ступени когнитивного развития Жана Пиаже (Jean Piaget) (1970)

1. Сенсомоторный период (от 0 до 2 лет). На этой стадии развития ребенок создает для себя личный мир, который сводится к текущим желаниям, связанным с его физическим благополучием. В возрасте 4—12 месяцев ребенок начинает обращать больше внимания на окружающую физическую среду. Одним из самых существенных проявлений развития на этом этапе является возникновение **интенциональности** — склонности делать интересные события постоянными и повторяющимися. На этой фазе у ребенка формируется также и представление о **постоянстве объекта** — о том, что объекты существуют независимо от его действий и ощущений. Ощущение наличия объекта является основой формирования начального представления о пространстве.

Детям свойственна склонность интересоваться новыми объектами и событиями. Любопытство основывается не на физических характеристиках объекта, а на улавливаемых ребенком взаимосвязях между новыми объектами и прежним опытом. В начале второго года жизни любопытство побуждает их экспериментировать, чтобы выяснить, в каком отношении объект или событие являются новыми (Пиаже 1952).

2. Дооперациональный период (от 2 до 7 лет). Этот период начинается тогда, когда ребенок начинает применять (согласно Пиаже структурировать) символы для обозначения или описания объектов или событий. Навык ребенка думать о том, что находится за пределами непосредственно окружающей его среды, дает ему возможность делиться своим опытом и идеями с другими. Все же взгляды и суждения ребенка направлены, прежде всего, на него самого. В начальные годы этой стадии он не в состоянии приспособливаться к взглядам других и, по-видимому, не в состоянии

даже и представить себе, что у других могут быть мысли, отличающиеся от его собственных. У детей, которые в своем развитии достигли последней фазы этой стадии, начинает формироваться некоторое представление о том, что люди могут иметь отличающиеся мысли об одном и том же объекте или событии. Для мышления ребенка в этом периоде характерна **нереверсивность**, т. е. он не в состоянии мысленно возвратиться назад и вновь обсудить какой-либо процесс или понятие. Этот тип мышления лучше всего иллюстрирует идея постоянства. Если взять кусочек глины и скатать из него шарик, а потом шарик превратить в колбаску, то на дооперациональной стадии ребенок не поймет, что количество глины не изменилось — он может подумать, что раз она раскатана более длинно, то ее там больше. То же самое произойдет, если перелить воду из низкого широкого стакана в высокий и узкий — на дооперациональной стадии ребенок не поймет, что количество воды осталось прежним. Такую неудачу ощущения неизменности количества, как называет это Пиаже, обуславливает неспособность ребенка, так сказать, «думать назад», неумение представить себе, как выглядела жидкость до переливания и понять, что не произошло ничего такого, что могло изменить количество жидкости.

3. Период конкретных операций (от 6 до 12 лет). О начале мышления на уровне конкретных операций дает знать появление реверсивности (способности мысленно перемещаться назад и вновь обсуждать какой-либо процесс или мысль). На этом этапе ребенок в состоянии научиться операциям сложения, вычитания, умножения и деления. Все эти операции предполагают наличие логического мышления, которое лежит в основе классифицирования объектов или событий (например, яблоки и апельсины — это фрукты) и понимания их взаимосвязей. В этом периоде, который в общих чертах соответствует начальным классам, ребенок становится гораздо социальнее. Его эгоцентризм постепенно ослабляется, и он начинает все больше воспринимать и понимать взгляды и мнения других. Он способен представлять себе идентичность пространства, количества и других параметров, характеризующих физический мир (приведенные выше примеры с глиной и водой).

Тем не менее, на данном этапе ребенку еще трудно мыслить абстрактно и решать проблемы путем построения и проверки гипотез, т. е. разумных предположений. Он может сказать, какой объект является крупнейшим из трех, но столкнувшись с задачей, где нужно решить, кто из детей является старшим, если Март старше Мари, а Мари старше Юри, он оказывается в затруднении.

4. Период формальных операций (от 11 до 16 лет). Этот период развивается не раньше младшей ступени средней школы, а свойственное этому периоду мышление у некоторых не формируется вообще. Подросток, который находится на этом уровне, способен логически мыслить не только в пределах объектов и событий непосредственно окружающей его среды, но и в абстрактных категориях. Согласно Гуду, Меллону и Кромхауту (Good, Mellon, Kromhout) (1978) для формальных операций характерно стремление рассматривать вещи и явления прежде всего в понятиях гипотетической вероятности; использовать все потенциально возможные комбинации, за чем следует испытание различных возможностей. Подростки, достигшие этого уровня развития, способны мыслить как ученые. Решение задач при таком уровне абстрагирования необходимо на технологических специальностях, в научных исследованиях, в организационно-управленческой работе. В повседневной жизни это встречается довольно редко. Поэтому неудивительны результаты, показывающие что лишь четверть несовершеннолетних и треть взрослых достигает уровня формальных операций.

Социальное развитие

Социальное развитие проявляется в каждом акте поведения, касающемся взаимоотношений с другими. Социальное развитие зачастую трудноотличимо от когнитивного развития.

По сути, слово *развитие* означает распространение, расширение или увеличение, когда весь процесс в своем общем движении наружу следует этим тенденциям. Руки и ноги растут в период эмбрионального развития из центральной части тела по направлению наружу, рот может выполнять сложные жевательные и речевые движения задолго до того, как подобную подвижность приобретают пальцы. Сначала ребенок полностью эгоцентричен, но на следующих этапах развития объектами его внимания могут стать мать, отец, а затем и другие члены семьи.

В предшкольные годы у ребенка появляется интерес к товарищам по играм, не являющимся членами семьи, а довольно скромный, но очевидный интерес к контактам вне дома обычно возникает

только в начальной школе. Ребенок перенимает свои первые модели поведения в первую очередь от родителей, но школьные годы предлагают ему новые модели. Учителя и одноклассники могут иногда стать столь же значимыми или даже более значимыми, чем родители. Для подросткового возраста вполне обычным является брать пример со сверстников, а не с членов семьи. Подросток включается в несколько сфер жизни вне дома и школы: работа, неформальные группы и мир организованного отдыха. В некоторых случаях группа сверстников может представлять собой шайку или даже банду. Как правило, социальные предпочтения подростка меняются в следующем порядке: однополые группы, гетеросексуальные группы и, наконец, пары. В этот период жизни часть социального развития касается гендерной идентичности, т. е. того, в какой степени человек считает себя мужчиной или женщиной.

Социальное развитие связано с **социализацией**, то есть, с процессом, в котором приобретаются свойственные полноправным членам общества установки, нормы, мотивы, модели поведения. То, чему мы учимся в процессе социализации, переплетается с нашей личной идентичностью, то есть своим «я», в такой мере, что об этом можно говорить как о части нас самих. Совокупность навыков, приобретенных в ходе социализации, называется **социальной компетентностью**. Социальную компетентность дают главным образом школа и внешкольная развивающая среда.

Хотя почти все аспекты развития продолжают в течение всей жизни, и при том, что темпы развития могут на разных этапах варьироваться, многие способности достигают наивысшего уровня уже к концу подросткового возраста. Однако социальное развитие является одним из очень существенных исключений, поскольку всю жизнь изменяется в общем к лучшему, даже если темп этого иногда замедляется.

Нравственное развитие

Нравственное развитие связано с моральными соображениями и решениями, которые влияют на наше поведение (какое поведение является правильным, хорошим, уместным, корректным, а какое нет (плохое, неуместное, неправильное)). Пиаже (1948) показал, что принятие нравственных решений маленькими детьми ограничено вследствие эгоцентричности их логики, т. е. сосредоточенности на себе, потому что они верят, что все вокруг имеет такое же как и у них понимание того, что правильно и что неправильно. Вследствие незрелости восприятия они думают, что правила, руководящие поведением, являются такими же строгими и неизменными, как и причинно-следственные связи между физическими явлениями (например: горячая печь обжигает пальцы, вмятины получаются от падений и т. д.). Маленький ребенок не понимает, что правила, регулирующие поведение, созданы самими людьми, и поэтому они отличаются от законов физики. Поэтому ребенок не в состоянии принять во внимание намерения людей и руководствуется **навязанной моралью**, то есть принимает решения о совершенном поступке на основе серьезности последствий, соответствия установленным правилам и вероятности последующего наказания.

Примерно в возрасте семи лет дети, согласно Пиаже, достигают уровня кооперативной, или взаимной, морали и начинают понимать, что правила поведения устанавливаются путем социальных компромиссов и соглашений, и поэтому не являются непоколебимыми и неизменными. Их мышление к тому времени становится менее эгоцентричным, и они начинают видеть более широкий контекст проступков, принимая во внимание чувства, взгляды и потребности других людей. Иными словами — их представления о морали движутся от них самих наружу, в направлении других людей.

Теорию Пиаже о ступенях нравственного мышления ребенка развил далее Лоуренс Колберг. Как и Пиаже, Колберг рассматривает нравственное развитие ребенка как движение от конкретного к общему, от эгоцентричности и заботы о самом себе к заботе о других. Опрос детей и подростков привел Колберга к выводу, что все нравственное развитие происходит поэтапно.

Прекоонвенциональные ступени

1. Ориентация на наказание и подчинение.

На этой стадии ребенок старается, главным образом, избегать неприятностей, наказания, ограничения свободы и вызывающих беспокойство ситуаций. Эта ступень соответствует навязанной морали Пиаже.

2. Инструментально-релятивистская ориентация.

Здесь ребенок тоже в первую очередь озабочен удовлетворением своих потребностей, но понимает, что у других тоже есть определенные права. Поэтому он иногда проявляет желание прийти к договоренности, которая позволит удовлетворить потребности всех сторон на равной основе.

Конвенциональные ступени

3. Ориентация хорошей девочки / хорошего мальчика.

На этой ступени ребенок научился испытывать радость от доброжелательности других и теперь старается понравиться окружающим и заслужить их одобрение. Складывается конформистское поведение, начинается формироваться понимание принципа «не делай другому того, чего не хочешь, чтобы делали тебе», и при принятии решений ребенок способен учитывать как свои собственные, так и чужие желания и цели.

4. Ориентация на закон и порядок.

Ребенок понимает, что социальный порядок зависит от готовности людей выполнять свои обязанности и от уважения ими законных органов власти.

Постконвенциональные ступени

5. Ориентация на социальную договоренность.

Правильные действия характеризуются их соответствием нормативным требованиям и правам, о которых в обществе существует договоренность. Правила можно изменять с помощью законных процедур. Решения, принятые на этом уровне, гораздо гибче предыдущих. Большинство эмоционально зрелых взрослых людей на этом уровне способны рассуждать.

6. Ориентация на универсальные этические принципы.

При принятии решений на этом уровне, человек руководствуется не только закрепившимися в обществе правилами, но и обращает внимание на то, в какой степени уважаются универсальные этические принципы. В крайних случаях человек для защиты своих принципов может смириться с публичным унижением или даже пойти на мученическую смерть. Этой степени развития достигают немногие.

Исследования, которые Колберг провел в обществах с различной культурой, убедили его, что развитие человека всегда происходит согласно этим ступеням. Так, например, развитие ребенка не может начаться сразу со второй ступени. Кроме того, он обнаружил, что и дети, и взрослые, независимо от степени их зрелости и в зависимости от ситуации, могут принимать решения на всех возможных уровнях ориентации. Так, например, восьмилетняя девочка преобладающую часть своих моральных решений принимает согласно ступени так называемой хорошей девочки, но в стрессовой ситуации может вновь отступить на вторую или даже на первую ступень.

Эмоциональное развитие

Эмоциональное развитие касается чувств и установок, а также той сферы поведения, которую психологи называют аффективной. Развитие эмоционального поведения во многом зависит от темпа физического созревания. Вероятно, эмоциональное развитие является основой способности ребенка к развитию как в когнитивном, так и в социальном плане. Мышление не может возникнуть раньше, чем ребенок освоит способность контролировать свои импульсы и научиться соглашаться с откладыванием вознаграждения — иными словами, научиться ждать, а также принимать то, что моментальное исполнение его желаний и планов обычно невозможно. В сравнении с рефлексивными детьми, более импульсивные дети часто ведут себя незрело, и это препятствует их когнитивному развитию. Хотя для большинства детей излишняя импульсивность бывает временным явлением, которое с возрастом проходит, это все же не для всех так. Есть немало людей, кому излишняя импульсивность доставляет много затруднений, как в юности, так и в дальнейшей жизни.

Эмоциональное развитие человека отражает модель последовательных кризисов развития Эрика Эриксона, которая получила признание среди педагогов и психологов, благодаря раскрытию ступеней в эмоциональном, личном и социальном развитии, где для каждой ступени развития определены характеристики в понятиях психо-социального кризиса (см. выше, раздел «Кризисы развития»). Эриксон утверждал, что любой, кто сумеет справиться с кризисом на определенной ступени, приобретет вместе с этим эмоциональные силы и навыки, которые необходимы, чтобы справляться на других ступенях.

Физическое развитие

Пятый тип развития — физическое развитие — по-видимому самый важный. Этот аспект развития всем заметен, так как изменения в физическом состоянии непосредственно наблюдаемы и измеримы. Доказательством физического созревания является увеличение роста и веса, изменения в строении тела, появление вторичных половых признаков, а также окостенение хрящей на концах длинных костей, особенно конечностей. Физическое развитие считается самым важным потому, что оно является основой любого другого развития. Способность к зрелому поведению в интеллектуальном, социальном и эмоциональном плане зависит, по крайней мере частично, от развития определенных неврологических и скелетных структур и функций, а также желез внутренней секреции. Некоторые подростки достигают зрелости раньше, другие позже (ранний и поздний пубертат). Различия в физической зрелости связаны с различиями в социальной, эмоциональной и когнитивной зрелости и сопутствуют друг другу.

3.4. Нарушения нормального развития

Нарушение нормального развития может быть обусловлено полученной от родителей генетической информацией, влияниями среды на пренатальное развитие, осложнениями при родах и влияниями среды после рождения.

Развитие происходит под взаимным влиянием среды и генетических факторов. 95—98% беременностей протекают нормально, 2—5% детей рождаются с родов(ой)/ыми травм(ой)/ами.

Предпосылкой к появлению определенной особенности или заболевания являются, кроме генотипа, также и другие влияющие, поддерживающие, модифицирующие и защищающие или возбуждающие биологические, психологические или социальные факторы, являющиеся структурными или обусловленными средой. Примерно половина тех вариаций, которые наблюдаются в индивидуальных особенностях личности ребенка и подростка, имеют генетический фон. Основой другой половины можно считать физическое здоровье ребенка и влияние обусловленных средой факторов.

Одной из первичных причин нарушений является генетическая причина — проблемы обусловлены информацией, скрытой в хромосомах одного или обоих родителей.

Генетические нарушения

1. **Фенилкетонурия.** Детский организм не в состоянии вырабатывать фермент, который необходим для нормального развития. В результате в организме скапливаются токсины, которые обуславливают глубокий недостаток умственного развития.
2. **Серповидноклеточная анемия.** Болезнь, получившая название согласно форме аномальных красных кровяных телец. У детей с этой болезнью может быть плохой аппетит, вздутый живот, желтушные глаза, и они редко переживают детский возраст.
3. **Болезнь Тея-Сакса.** Чаще всего эта болезнь встречается среди евреев Восточной Европы. Ребенок умирает в 3—4 года, поскольку его организм не в состоянии расщеплять жиры. Если генетический дефект имеется у обоих родителей, вероятность рождения ребенка с этой болезнью составляет один к четырем.
4. **Синдром Дауна.** Генетическое нарушение, которому сопутствует задержка умственного развития. В момент оплодотворения плод получает одну лишнюю хромосому, что обуславливает

впоследствии недостаток умственного развития и характерный необычный внешний вид. Риск родить ребенка с таким нарушением увеличивается у матерей старше 35 лет.

Влияние среды на пренатальное развитие

Первые девять месяцев плод растет и развивается в утробе матери. Все, что в этот период происходит с матерью, влияет и на развивающийся плод. Важными связанными с матерью факторами, влияющими на развитие плода, являются:

1. **Питание матери.** Матери, не имеющие достаточного питания, не могут обеспечить ребенку необходимые питательные вещества, и у них с большой вероятностью рождаются дети с недостаточным весом или восприимчивые к болезням. Недостаточное питание матери может вызвать задержку роста головного мозга плода, сниженный меньше среднего вес и рост при рождении.
2. **Тревога и напряжение.** Если мать в конце беременности испытывает тревогу и напряжение, то увеличивается вероятность, что ребенок будет возбужденным, плохо есть и спать. Вегетативная нервная система ребенка особенно чувствительна к химическим изменениям в организме, обусловленным эмоциональным состоянием матери.
3. **Болезни.** Некоторые заболевания матери могут иметь стойкое влияние на плод — например, краснуха, сифилис, диабет и высокое давление.

Краснуха может вызвать слепоту, глухоту, пороки (развития) сердца, мертворождение.

Сифилис может вызвать умственную отсталость, физические деформации, самопроизвольный аборт у матери.

4. **Прием лекарственных препаратов.** Если мать принимает во время беременности лекарственные препараты, эти препараты могут обусловить малый вес ребенка при рождении, лекарственную зависимость, а также смерть новорожденного, вызванную симптомами отнятия.
5. **Алкоголь и никотин.** Алкоголь может вызвать у ребенка умственную отсталость, сниженный меньше среднего вес и рост при рождении, деформации конечностей.
- Курение может вызвать преждевременные роды, малый вес и рост при рождении.
6. **Наркотики.** У ребенка также может возникнуть зависимость, в этом случае новорожденный испытывает болезненные симптомы отнятия после рождения.
7. **Рентгеновское облучение.** Может вызвать у плода физические деформации, умственную отсталость.
8. **Возраст матери.** Если возраст матери при родах:

- младше 18 лет, то могут чаще возникать преждевременные роды или синдром Дауна;
- старше 35 лет, то может чаще возникать синдром Дауна.

Осложнения при родах

Иногда во время родов возникают непредвиденные препятствия, которые могут привести к родовой травме новорожденного. Например, пуповина может быть передавлена и препятствовать доступу кислорода к ребенку. Вследствие этого ребенок может получить стойкое повреждение мозга.

Влияния окружающей среды

С точки зрения психического развития ребенка и его здоровья самым важным является созданная близкими людьми безопасная и предоставляющая заботу среда. Основной предпосылкой здорового психического развития является врожденная склонность ребенка привязываться к матери или к близкой няне и привязанность последней к ребенку. Понимая и удовлетворяя потребности ребенка, родитель помогает ему узнать себя и свои собственные нужды. Психическое развитие зависит от физического развития и социальных условий на протяжении всего детства.

Факторами окружающей среды, нарушающими физическое развитие, могут быть социально-экономическое положение, пренебрежение нуждами ребенка, направленное на ребенка физическое и психическое насилие, жестокое обращение, сексуальное насилие, болезнь родителя, хронический стресс.

Заболевание или нарушение развития как в психическом, так и в физическом плане могут возникнуть в любом возрасте. Порой это может быть вызвано долговременными неподходящими условиями окружающей среды, несчастными случаями, физическим и психическим насилием и т. п.

3.5. Норма и отклонение

В мире нет двух абсолютно одинаковых людей. Люди отличаются друг от друга чертами характера, особенностями личности, предысторией, психическими и психомоторными способностями и прочим. По сравнению с любыми нормами или другими людьми каждый человек имеет, в большей или меньшей степени, особенности, отличия и отклонения. Говорят, что абсолютно здоровых, нормальных, средних, идеальных и/или без единого отклонения людей не существует.

Большинство различий и отклонений настолько малы, что они либо не заметны, либо не беспокоят ни самого человека, ни окружающих. Хотя нормы и существуют, однако, как правило, они интерпретируются с определенным допуском, т. е. к норме относят также и определенный диапазон отклонений. Какова будет норма в каждом конкретном случае, зависит от характера измеряемой величины (в том числе от ее измеримости) и окружающей среды.

Норма не есть нечто абсолютное, внутри нормы также допускаются отклонения до определенных пределов (так называемые нижний и верхний пределы нормы). При превышении этих границ отклонение может стать уже трудно переносимым или даже опасным, как для самого человека, так и для других людей.

Механизм возникновения недостатка социального развития

Всемирная организация здравоохранения рекомендует для разъяснения механизма возникновения недостатка социального развития, обусловленного физическим и/или психическим нарушением, пользоваться следующей схемой:

отклонение	повреждение	функциональное	неспособность
расстройство	утеря	ограничение	недостаток

На этой схеме приведены четыре различных состояния, каждое из которых имеет четкие признаки. В зависимости от сферы и характера расстройства (отклонения) состояние человека может отвечать одной из этих стадий или находиться в пограничной области между двумя стадиями. Переход из одной стадии в другую может произойти как за несколько секунд (например, в случае дорожного происшествия), так и в течение лет (например, в случае ревматоидного артрита).

Частота возникновения отклонений

Общее правило таково — чем сильнее отклонение, тем реже оно встречается.

- Легкие речевые и поведенческие отклонения и трудности в учебе наблюдаются у 10–35% детей.
- Одаренными считается 3–5% учеников.
- Тяжелые сенсорные, психические и физические недостатки и поведенческие отклонения встречаются у нескольких людей из многих тысяч.
- Некоторые недостатки или болезни встречаются лишь у одного человека из нескольких сотен тысяч, другие же у одного из нескольких десятков человек.

4. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

4.1. Психопатология

Психопатология — это наука об уровнях проявления психических расстройств. Уровни проявления бывают следующими:

- симптом — признак болезни
- синдром — типичная совокупность проявления нескольких признаков болезни, характерная для данного заболевания
- расстройство — клинически узнаваемые совокупность симптомов или поведение, которым, как правило, сопутствует **дистресс**, и которые **нарушают функции человека**

Психические расстройства — это отклонения в психических функциях мозга, разного характера и разной степени тяжести, обуславливающие различные душевные недуги и мешающие адаптации к окружающей среде.

В результате нарушения мозговой деятельности в психических процессах человека могут проявляться отклонения различной интенсивности и диапазона. Отклонения могут наблюдаться как в одной психической функции, так и одновременно в нескольких.

Для изучения психических расстройств очень важно знать психопатологические симптомы.

В психиатрии эти симптомы рассматриваются в соответствии с затрагиваемыми ими психическими функциями мозга — различают нарушения восприятия, мышления, памяти, интеллекта, эмоциональной сферы, воли, инстинктов и сознания.

Расстройства восприятия. Восприятие состоит из множества одиночных ощущений, к которым присоединяются образы, полученные из более раннего опыта, что позволяет узнавать пережитое прежде. Расстройства восприятия появляются в виде изменения интенсивности ощущений (напр. гиперакузия, светобоязнь или снижение болевой чувствительности) или искажения содержания воспринимаемого (обман чувств, иллюзии, галлюцинации).

- *Иллюзия* или ошибочное восприятие — это искаженное восприятие реального объекта или обман чувств, например, вместо висящей под потолком арматуры видят животное.
- *Галлюцинация* — это впечатление восприятия при отсутствии реального объекта; например можно видеть предметы или живые существа, которых на самом деле нет. Можно также слышать музыку, разговоры, ощущать запахи, которых в действительности не существует. Однако человек, страдающий галлюцинациями, относится к ним как к реально существующим. Галлюцинации делятся на зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, термические и галлюцинации телесных ощущений.

Расстройства мышления. Мышление отражает внутреннюю сущность и взаимосвязи явлений и объектов. Если мышление не отражает правильно окружающую действительность, то речь идет о нарушении мышления как такового.

- *Навязчивые мысли* — это неадекватные мысли, многократно приходящие против желания; человек и сам знает, что они ошибочны, безосновательны и бесполезны, и относится к ним критически. Он пытается бороться против таких мыслей. Мысли надоедливы, они перегружают сознание. Некоторые навязчивые мысли приводят и к навязчивым действиям, например, человек идет по улице так, чтобы все люди миновали его с левой стороны.
- *Сверхценные идеи* оттесняют в мышлении действительную жизнь на задний план, и человек большую часть времени посвящает своей идее или изобретению, не понимая неадекватности идеи.

- **Бредовые идеи** — это болезненные, ошибочные убеждения, не подчиняющиеся доводам разума. У человека отсутствует какой бы то ни было критический подход к своей бредовой идее. Опровергнуть бредовую идею аргументами и переубедить человека невозможно. Существуют различные типы бредовых идей: депрессивный бред, мания величия, параноидный бред. Параноидный бред проявляется во многих формах: например, в случае бреда преследования люди убеждены, что окружающие так и норовят причинять им вред, раздражать их, мешать жить, причинять материальный или моральный ущерб. Люди, страдающие бредом отравления, убеждены, что враги тайно подкладывают им отраву в пищу или питье, напускают в комнату ядовитый газ. В случае бреда телепатического влияния человек якобы испытывает влияние из космоса или со стороны других людей. Многие убеждены, что получают воздействие от электрического излучения, лазерных и рентгеновских лучей, биотоков и гравитационного поля. В случае параноидного бреда мерещится также неприязненное отношение окружающих, их злонамеренность; человеку кажется, что окружающие намеренно подвергают его опасности.

Расстройства памяти. Память — это способность приобретать, сохранять и воспроизводить пережитый опыт. Память участвует в каждом психическом процессе, без памяти невозможны были бы ни интеллектуальная жизнь, ни приспособление к окружающей среде, ни развитие психики. По свойствам и силе памяти люди сильно различаются.

- При *гипермнезии* человеку на память приходят многочисленные и быстро чередующиеся воспоминания о ранее пережитых событиях, ситуациях, местах и т. д. Субъективно они воспринимаются как обременительные и тревожные. Непрекращающийся поток воспоминаний не подчиняется воле человека.
- При *гипомнезии* наблюдается общее ослабление функций памяти. При этом ухудшается способность запоминать новый материал и снижается быстрота воспроизведения ранее усвоенного.
- *Провал в памяти или амнезия* — это ограниченный во времени пробел в череде воспоминаний.

Расстройства памяти вызывают **полную или частичную** неспособность использовать предыдущий опыт. Провал в памяти (**амнезия**) бывает нескольких видов: **антероградная**, т. е. неспособность обрабатывать недавно воспринятую информацию. В этом случае человек хорошо помнит старое (дату рождения, учебу в школе), но не в состоянии что-либо запомнить из текущих событий и связать это с имеющимися знаниями. **Ретроградная** амнезия или потеря памяти — это ситуация, когда человек не помнит случившегося (черепно-мозговая травма, сотрясение мозга). **Истерическая** амнезия — это очень редко случающаяся ситуация, когда человек совершенно ничего не помнит о своей жизни (ни имени, ни адреса и т. д.). В таком случае речь всегда идет о психическом расстройстве.

Нарушения интеллекта. Интеллект характеризуется такими свойствами, как способность к пониманию, сообразительность, способность учитывать обстоятельства, способность к обучению, словарный запас и способность к принятию решений. Интеллект проявляется главным образом в ходе процесса мышления, но тесно связан также и с другими психическими процессами. Снижением интеллекта считаются отклонения от уровня, который принято считать нормальным. Отставание в развитии интеллекта может проявляться уже в раннем детстве. Оно подразделяется на легкую, умеренную, тяжелую и глубокую умственную отсталость, т. е. слабоумие. Интеллектуальный регресс, или деменция — это падение интеллектуального уровня ниже нормального. Может возникать на протяжении жизни как следствие заболеваний или черепно-мозговых травм.

Расстройства эмоциональной сферы. Эмоции — это субъективные оценки, которые человек дает объективным явлениям. Оценка зависит от ценности ощущаемого явления с точки зрения удовлетворения нужд человека. Рассматривают три уровня эмоциональной сферы:

- настроение (длительное время сохраняющийся уровень эмоций)
- эмоциональная реактивность (насколько легко человек дает волю чувствам)
- эмоциональная жизнь (уровень, на котором проявляются основные эмоции человека, тесно связан также и с этическими нормами поведения человека).

Отклонения в эмоциональной сфере при психических нарушениях встречаются часто. Эмоциональная жизнь характеризуется наиболее живой реакцией как на внешние, так и на внутренние факторы. *Расстройства настроения* (аффективные расстройства) представляют собой заметные перемены в уровне эмоций человека в течение длительного времени. Патологическими принято считать такие заметные изменения в настроении человека, которые не соответствуют реальной окружающей обстановке. При пониженном настроении наблюдаются печаль, подавленность и озабоченность.

Когда настроение чересчур болезненно приподнятое, такое состояние принято называть *гипоманиакальным настроением*, дальнейший же позитивный подъем — *эйфорией*. Человек может стать очень чувствительным к событиям и обстоятельствам — такая сверхчувствительность эмоциональной жизни называется эмоциональной лабильностью. Противоположностью подобного состояния является эмоциональное безразличие, когда события и обстоятельства не вызывают обычной эмоциональной реакции. Бесчувственность может перейти в еще более тяжелую форму — апатию, или отсутствие эмоциональных реакций.

Расстройства воли. Воля представляет собой психическую активность, которая проявляется в целеустремленности человека, в его целенаправленной деятельности. В любой деятельности имеется свой побудительный мотив и цель. *Волевая активность* выражается в таких качествах, как предприимчивость, энергичность, инициативность, активность деятельности, живость движений. *Волевая целенаправленность* проявляется в целенаправленности деятельности человека и стремлении к цели. Непропорциональность активности и целеустремленности наблюдаются при патологических проявлениях воли. Часто нарушения в поведении и деятельности человека являются первыми признаками начинающегося психического заболевания. Изменения в уровне волевой активности могут встречаться:

- В виде подъемов волевой активности (в поведении отмечается предприимчивость и оживление движений). Эта заметная перемена мешает другим людям, человек беспокоен, взбудоражен, при этом деятельность его бесцельна, направлена на какие-либо внешние объекты, предметы, людей; он хватается то за одно дело, то за другое, но ни одно из них не доводит до конца. Иногда может наблюдаться постоянная двигательная активность под влиянием внутреннего побуждения, однако движения человека чаще всего некоординированы, лишены конкретной цели — он топают ногами, хлопает руками. Отмечаются подергивания рук и ног, человек бьет себя по голове или по всему телу, раздирает свою одежду, перемещает предметы, мечется в разные стороны по комнате. Патологический подъем активности может сопровождаться оживлением моторики, например, в виде *тремора*, т. е. дрожания, учащения двигательной активности, усиления мимики.
- Падение волевой активности, называемое *абулией*, может проявляться в виде полной безынициативности и отсутствия интереса к любому виду деятельности. Может отмечаться падение двигательной активности, с заторможенностью элементарных движений — например, протягивания руки, поднимания ложки. Полная неподвижность называется *ступором*. При каталепсии телу человека можно придать любое положение, и оно будет удерживаться в нем в течение нескольких минут, пока само не вернется в исходное положение.

Расстройства инстинктов. Инстинкты играют важную роль в мотивировании поведения человека. С ними связаны сильные эмоции: негативные чувства, такие как голод, жажда, боль и т. д., порождают стремление действовать ради того, чтобы удовлетворить эти потребности. Когда это достигнуто, человек ощущает приятное довольство. В ходе социальной эволюции сформировались определенные правила и нормы в отношении приемлемых способов удовлетворения своих потребностей. В результате воспитания и обучения человек обычно умеет выбирать для этого правильное время, методы и средства. Чем ниже интеллектуальный уровень человека и чем слабее его способность к самоограничению, тем обширнее влияние этих влечений на его поведение.

- При нормальном функционировании *инстинкта ориентации* изменения в окружающей обстановке привлекают внимание к конкретному объекту, например, в тишине даже самый слабый звук привлекает к себе внимание.

- *Инстинкт питания* непрерывно функционирует от рождения и до смерти; ощущения голода и жажды побуждают человека добывать пищу и воду, необходимые для поддержания жизненных сил.
- *Инстинкт самозащиты* также непрерывно функционирует от рождения и до смерти. В детстве это выражается в стремлении устранять факторы, причиняющие физическую боль. В зрелом возрасте на первый план выходит также и необходимость в психической самозащите.
- *Половой инстинкт* функционирует только в определенный период жизни. Сущностью данной биологической функции является воспроизведение и сохранение вида путем выращивания потомства.

Та часть людей, у которых инстинкты развиты чрезмерно, склонны к чувственным удовольствиям и ищут таковые. Те же, у которых страсти более умеренны, не страдают от их неудовлетворенности сколько-либо интенсивно.

- Нарушения инстинкта ориентации могут проявляться как на уровне внимания, так и на уровне интересов. Внимание может быть пассивным или активным. При активном внимании человек бодр, все притягивает его внимание; весь свой интерес, все мысли и все воображение он сосредоточивает на объекте. При пассивном — происходящие вокруг изменения не возбуждают внимания человека. Инстинкт питания может быть усиленным, и в этом случае человека постоянно сопровождает чувство голода, т. е. булимия, причем во время еды может не наступать ощущения сытости.
- При ослабленном инстинкте питания чувство голода и аппетит притупляются. Такое состояние называется анорексией. В случае некоторых психических заболеваний может наступать извращение данного инстинкта, и тогда аппетит могут возбуждать вещи, совершенно не пригодные к употреблению в пищу, такие как клей, штукатурка, стекло и т. д. Вплоть до испражнений. Усиление инстинкта самосохранения может наблюдаться одновременно с параноидальными мыслями, когда, например, человек испытывает страх, недоверие, тревогу и подозревает других в том, что они, якобы, желают ему зла. Поэтому он всячески старается защититься от опасности, выстраивая баррикады, тщательно запирая двери и т. д. Все это нередко сопровождается другими фобиями, где какой-либо объект или ситуация внушают страх.
- Ослабление инстинкта самосохранения может выражаться в виде снижения чувствительности к боли; на социальном уровне это проявляется в виде равнодушия и пренебрежения к ситуации и окружающим. При извращении инстинкта самосохранения природное стремление оберегать себя от травм может смениться склонностью умышленно наносить самому себе телесные повреждения. Пребывая в депрессивном или спутанном состоянии, люди могут колоть себя иглами и резать себя ножом. Самой тяжелой формой этого является суицид.
- Усиление полового инстинкта иначе именуется гиперсексуальностью. Одни люди в состоянии контролировать свое половое влечение даже в случае повышенного либидо, а другие (с низким уровнем интеллекта) — не в состоянии. Противоположным состоянием является пониженное половое влечение; встречается также и полное его отсутствие.

Противоречие между либидо и сексуальным поведением может послужить основой для сексуальных извращений. В норме человек испытывает сексуальное влечение к противоположному полу. Если сексуальное вожделение направлено на лицо собственного пола — это гомосексуализм. Вожделение может разгореться также к самому себе, к каким-либо предметам, к животным.

Расстройства сознания. Нормальное состояние сознания — бодрствование, когда человек одинаково воспринимает раздражители, исходящие как извне, так и изнутри себя. Человек, находящийся в состоянии бодрствования, хорошо ориентирован и относительно себя самого, и в пространстве, и во времени, и в месте; все психические процессы протекают с нормальной активностью.

- При легкой степени нарушения состояния сознания (обнубиляции) ясное сознание волнообразно сменяется легким помрачением и сонливостью.

- В случае патологической сонливости (сомноленции) человек воспринимает внешние раздражители и реагирует на них; но в этом состоянии он апатичен, пассивен, замкнут, пребывает в некоем полусне. Простейшие распоряжения и вопросы он воспринимает, однако на более сложные ответить не в состоянии. Речь затрудненная и напряженная, говорение его утомляет.
- При более глубоком нарушении сознания (сопоре) человек не воспринимает словесные раздражители и не способен адекватно на них реагировать. Время от времени он может выговаривать отдельные слова и некоторые фразы. При ярком свете корчится, на лице гримаса, словно от боли, издает невнятные звуки.
- Самым тяжелым нарушением сознания является кома. Ни внешние, ни внутренние раздражители не воспринимаются вовсе. Кроме того, человек не воспринимает и не ощущает никакие объекты, его невозможно пробудить ни встряхиванием, ни окликами, и никакими иными сильными раздражающими факторами.

4.2. Психические расстройства

В случае психических расстройств вышеупомянутые психопатологические симптомы проявляются в виде разнообразных комплексов, т. е. синдромов. Как правило, наблюдается одновременное проявление нескольких различных симптомов из числа описанных выше (в разделе «Психопатология»).

Психические расстройства могут развиваться разными темпами. В некоторых случаях на это уходят годы, в других — минуты. Начало болезни характеризуется изменениями в психике и поведении по сравнению с тем, что было свойственно этой личности ранее. Течение психических расстройств может быть весьма разнообразным. Даже одна и та же болезнь у разных людей может существенно отличаться по своим проявлениям. Многие нарушения психики имеют свойство неоднократно повторяться на протяжении всей жизни в виде приступов болезни. В некоторых случаях расстройство может затягиваться на годы, приобретая хроническую форму, без ослабления патологических симптомов. При некоторых болезнях отмечаются временные периодические улучшения и даже полное выздоровление — как, например, при шизофрении. При травматических повреждениях головного мозга психические расстройства проявляются по-разному. Вначале течение болезни может иметь острую форму. Затем вероятно заметное улучшение, которое, однако, не приводит к полному восстановлению прежнего психического состояния. Нередко при лечении психических расстройств отмечается заметное улучшение (ремиссия), которое не содержит все же симптомов полного выздоровления (например, в случае с шизофренией). Течение психических расстройств всегда зависит от совместного влияния многих факторов. Люди, страдающие нарушениями психики, чрезвычайно чувствительны к факторам стресса и психическим травмам. Часто даже совершенно незначительная неприятность может вызвать ухудшение здоровья.

Классификация психических расстройств

В ходе развития психиатрии предпринимались различные попытки классификации психических болезней. Различные диагнозы ведут свое начало из разных периодов времени и отражают понимание, свойственное тому времени. Подходы к болезням вариabельны и всегда очень относительны. Зачастую какое-либо состояние начинают именовать болезнью лишь на той стадии, когда появляются субъективные жалобы, индивидуальная значимость и социальные последствия. В психиатрии ранее бытовало такое выражение, как душевные болезни. Теперь же используется понятие «психические расстройства», среди которых психические заболевания (т. е. психозы) составляют лишь малую часть. Согласно классификации Международной классификации болезней (МКБ, *International Classification of Diseases*) Всемирной организации здравоохранения, психиатрические диагнозы относятся к классу, закодированному буквой F (пять глав). На сегодняшний день используется главным образом две системы: МКБ-10 (1992 г.) (или ICD-10) и DSM-IV (1994 г.). В Эстонии используется МКБ-10 (или, по-эстонски, RHK-10 — *Rahvusvaheline Haiguste Klassifikatsioon*). Это — договорная система, основная задача которой — унифицировать статистические данные о здоровье населения и о деятельности учреждений здравоохранения, а также их обработку.

F00—F09 Органические психические расстройства

F10—F19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ

F20—F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F30—F39 Расстройства настроения [аффективные расстройства]

F40—F49 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

F50—F59 Поведенческие синдромы, связанные с нарушениями физиологических функций и физическими факторами

F60—F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте

F70—F79 Умственная отсталость

F80—F89 Расстройства психологического развития, т. е. специфические расстройства психического развития

F90—F98 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском возрасте

Шизофрения и психотические расстройства

Шизофрения — часто встречающееся заболевание, примерная частота которого составляет 1% от населения. Начало заболевания проявляется, как правило, в молодом взрослом возрасте. Среди мужчин встречается несколько чаще, чем у женщин. Начало болезни может быть как внезапным, так и постепенным. Симптомы шизофрении проявляются в когнитивных и эмоциональных функциях, а также в поведении.

В силу распространенности и хронического течения шизофрения является одной из наиболее существенных проблем в психиатрии.

Для шизофрении характерно нарушение психических функций и восприятия действительности в совокупности с одним или несколькими симптомами следующего характера: галлюцинации, ошибочные убеждения, т. е. бредовые идеи, аффективные изменения, расстройства в области психической моторики и мышления, расстройства воли.

Главные симптомы

Психотические симптомы.

- **Галлюцинации:** слуховые галлюцинации — наиболее обычное явление, однако могут встречаться также обонятельные, тактильные и зрительные обманы чувств. Человек может слышать собственный голос, видеть себя как постороннего человека, дискутировать сам с собой или с кем-нибудь третьим. Он может слышать комментирующие голоса или эхо своих мыслей.
- **Бредовые идеи** — это ошибочные убеждения, которые невозможно откорректировать, несмотря на их противоречие действительности, и которые не вытекают из других симптомов, наблюдающихся одновременно с ними.

Бредовые идеи бывают двух видов: 1) бред, связанный с восприятием, например, убежденность человека в том, что прочитанное в газете или услышанное по радио относится к нему; 2) бред, не связанный с восприятием. Пример: человек твердо убежден в том, что он является каким-то важным историческим лицом.

В основе бредовых идей могут лежать обвинения, ложные убеждения; больные могут считать, что они находятся под чьим-то влиянием. Или же они поглощены грандиозными замыслами. Им свойственно слышать «звучание» собственных мыслей. Порою им чудится, что кто-то распространяет их мысли, внедряет в них мысли, или же «отбирает» их; присутствуют мысли о контроле, влияниях

и собственной занятости. Бредовые идеи могут приводить к пассивности или, наоборот, к гиперактивности в деятельности, переживаниях и эмоциях.

Когнитивные расстройства, т. е. расстройства мышления.

Нарушение связей между мыслями, внедрение неологизмов (новых слов), неправильное употребление известных слов, отсутствие мыслей, задержка хода мышления или его бессвязность.

Гебефренические симптомы.

Бессвязность слов, излишняя манерность, стереотипность движений, всевозможные странности, кататонические симптомы.

Негативные симптомы.

- **Расстройства эмоциональной сферы** — несоответствие проявляемых эмоций содержанию мыслей, или притупление, уплощение эмоций, угасание аффектов и появление негативных симптомов в эмоциональной жизни.
- **Расстройства воли** выражаются в апатии, в снижении социальных контактов, социальной изоляции.

Другая возможность для классификации симптомов — разделение их на позитивные и негативные. Традиционно шизофренические симптомы принято делить на **позитивные** — «продуктивные», под которыми подразумевается нарушение нормальных психических функций, и **негативные**, которые обозначают ослабление или отсутствие нормальных психических функций. Позитивные симптомы — это галлюцинации, бредовые идеи, расплывчатая речь, бесцельное поведение. В число негативных симптомов входят скудость речи, апатия, ангедония (невозможность ощущать чувство радости/довольства от обычной повседневной деятельности — от еды, движения, социального общения, секса), притупление эмоциональных реакций.

Причины возникновения шизофрении

Причины шизофрении стали искать как минимум около ста лет тому назад, и, несмотря на это, данный вопрос по-прежнему не решен однозначно.

- Наследственные факторы: нормальный риск заболевания шизофренией среди населения составляет 0,8—1,0%, среди братьев и сестер больного — 9%, среди его детей — 13%, среди более дальних родственников — 2—3%; если родители оба больны шизофренией, то риск среди детей составляет 35—46%.
- Беременность и осложнения при родах. Факторы, связанные с матерью: нежелательная беременность, депрессия во время беременности, вирусная инфекция (особенно во втором триместре беременности!), токсикоз во время беременности, недостаточное питание.
- Факторы, связанные с плодом: недостаточный вес, недоношенность, кислородное голодание, повреждения мозга. Предполагают, что дети мужского пола более чувствительны к осложнениям.
- Анатомические изменения мозга: у большей части заболевших наблюдаются анатомические и функциональные изменения мозга — расширение борозд и желудочковой системы головного мозга, малые размеры головного мозга, уменьшение количества серого вещества в височной доле, функциональные нарушения в лобной доле, дофаминовая гипотеза — усиление дофаминергической активности мозга.
- Психосоциальные факторы: роль этих факторов остается спорной и до конца невыясненной. Влияние семьи — рецидивы часто связаны с царящим в семье враждебным эмоциональным климатом, постоянной критикой, напряжением.

Формы шизофрении

- **Параноидная шизофрения:** характерным признаком является сосредоточение на одной или нескольких бредовых идеях, а также слуховые и зрительные галлюцинации. Как правило это бывают мания слежения и бред преследования. Данная форма заболевания встречается только у взрослых; работоспособность при этом может сохраняться лучше, чем при других формах.
- **Гебефреническая шизофрения:** на первый план здесь выступает бессвязная речь и поведение, притупление или неадекватность эмоциональных реакций. Заболевание начинается в основном в молодом возрасте. Иногда больные себя ведут по-детски необдуманно, и их гиперактивность и несдержанность производит впечатление сильного расстройства.
- **Кататоническая шизофрения:** характерны психомоторные нарушения, такие, как моторное беспокойство, скованность, странные выражения лица и положения тела, ступор и каталепсия.
- **Недифференцированная шизофрения:** симптомы не классифицируются ни под одну из форм, однако типичные проявления налицо.
- **Резидуальная шизофрения:** эта форма диагностируется на поздней стадии. На первом плане — негативные шизофренические симптомы (равнодушие, пассивность, эмоциональное безразличие).

Лечение

Лечение шизофрении длительное, при первичном психозе — 2—5 лет; в случае рецидивов эпизодов — на протяжении всей жизни. Несмотря на периоды ремиссий (временных улучшений), болезнь обычно длится долго. В процессе лечения немаловажную роль играет сочетание следующих методов: биологических (лечение лекарственными препаратами), психотерапевтических (когнитивно-поведенческая и прочая психотерапия) и психосоциальных (психосоциальная реабилитация).

Психиатры выделяют острую фазу, фазу стабилизации и стабильную фазу. Главная цель при лечении острой фазы — как можно быстрее устранить психотические симптомы и сопутствующие им поведенческие расстройства. На этом этапе может понадобиться лечение в стационаре. После острой стадии наступает стабильный период; здесь целью является не допустить повторения симптомов при помощи лекарственных препаратов и психотерапевтических методов, а также улучшить утраченную трудоспособность и качество жизни посредством реабилитации. В этот период проводится поддерживающее лечение.

Шизофрении часто сопутствует заметное падение способности самостоятельно справляться с жизненными трудностями. Эти затруднения проявляются в социальном общении, в работе и учебе, в обычных повседневных делах. Падение способности справляться нередко продолжается длительное время, и может заметным образом повлиять на способность самостоятельно жить вне больницы. Наряду с медикаментозным антипсихотическим лечением существенными факторами лечения являются индивидуальная терапия, семейная терапия, психопросветительская работа в семье, психосоциальная реабилитация, контроль симптомов. Если способность справляться с жизненными трудностями снизилась до такой степени, что человек больше не может самостоятельно жить дома, то вступают в действие психосоциальные поддерживающие услуги, предлагающие как возможность проживания и работы, так и возможности участия в повседневной жизни. В случае еще большего снижения способности справляться с повседневными делами существует возможность сохранить качество жизни в условиях учреждения, оказывающего услуги специального социального обеспечения, где осуществляется поддержка повседневной деятельности, применяется антипсихотическое лечение и мотивируется активизирующая деятельность.

Процесс восстановления

После тяжелого психического заболевания человек проходит такой же процесс восстановления, как и после любой другой болезни. Этот процесс можно разделить на три фазы: стабилизация, переориентация и повторная интеграция.

Стабилизация. Тяжелое психическое заболевание влечет за собой утерю самоконтроля и отстраненность. Жизнь человека разваливается. Все социальные роли приостанавливаются, и остается одна-единственная роль — роль пациента. Все внимание сосредоточено лишь на одном — как победить болезнь, и человек все более теперь зависим от мнения медиков. В процессе лечения его состояние стабилизируется.

Переориентация. Постепенно обнаруживаются действительные и возможные последствия заболевания, и запускается процесс переориентации. С этого момента начинается процесс горевания, который может включать периоды отрицания, отчаяния, гнева и скорби. Человек может запутаться в разных жизненных ролях, у него теперь могут возникнуть проблемы адаптации. Вторая немаловажная часть данного периода — внутренняя борьба за поиски смысла жизни: какова цель и каково значение болезни в моей жизни? По мере развития процесса постепенно возвращаются спокойствие и самоконтроль. В определенный момент внимание переключается от дел, которые человеку (пока что) не по силам, к тому, что уже по силам. Возникает вопрос — как лучше справиться со своей болезнью, своими ограничениями и недостатками здоровья?

Повторная интеграция. В третьей фазе человек постепенно начинает справляться со своей жизнью. Повторная интеграция проявляется на всех трех уровнях: на личном, на межличностном и на общественном. Налаживается общение с внешним миром. Человек находится как бы на полпути к восстановлению, но помощь извне для него по-прежнему имеет большое значение. Зреет чувство собственного достоинства; появляются и улучшаются умения справляться с житейскими проблемами. Устанавливаются социальные отношения и начинает налаживаться быт. Благодаря всему этому растет самостоятельность и компетентность.

Аффективные расстройства

В основе аффективных расстройств (расстройств настроения) лежат изменения эмоционального состояния или настроения, обычно в сторону либо повышения настроения, либо депрессии. Изменениям настроения сопутствует, как правило, и изменение активности.

Депрессия

Временное чувство печали является неизбежной частью жизни. Это нормальная реакция на различные жизненные трудности, особенно на потерю близких или других значимых для нас людей. В некоторых случаях грусть бывает более глубокой и продолжительной, причем порою без явных видимых причин. В этих случаях мы имеем дело с депрессией. На сегодняшний день депрессия является самой распространенной причиной расстройств здоровья. Под словом «депрессия» подразумевается продолжительный, длящийся свыше двух недель, упадок основного настроения.

Средний возраст страдающих депрессией — конец третьего десятка жизни, однако депрессия может настичь человека в любом возрасте. Типичные симптомы депрессии могут развиваться на протяжении многих дней, а то и недель. Обычно наблюдаются и симптомы-предвестники, например, общее чувство тревоги, приступы паники, различные фобии, ухудшение настроения на протяжении нескольких месяцев. Внезапное начало заболевания случается реже; это обычно связано с тяжелым психосоциальным стрессором. Депрессивные эпизоды в основном возникают именно в связи с психосоциальным стрессором (чаще всего это смерть близкого, расторжение брака, разрыв значимых отношений, реже — рождение детей).

Симптоматика:

- **Упадок настроения** является субъективным переживанием, выражающимся в доминировании негативных эмоций/чувств на протяжении длительного времени.
- **Потеря интересов и радости жизни** выражается в снижении или утрате способности к позитивным эмоциям. При легкой, а зачастую и умеренной депрессии пациенты субъективно воспринимают ее как упадок настроения.
- **Упадок сил** проявляется в быстрой утомляемости или ощущении постоянной усталости и изнуренности. Любой род деятельности требует большего чем обычно напряжения; особенно тяжело дается начало работы.

Кроме того, могут наблюдаться **ухудшение внимания и способности концентрироваться, снижение самооценки и уверенности в себе, чувство вины и собственной бесполезности, безутешность и пессимистичное отношение к будущему, мысли о членовредительстве и самоубийстве и даже попытки таковых, нарушение сна и потеря аппетита.**

Проявление депрессии совместно с другими нарушениями психики. Депрессии могут сопровождать разнообразные симптомы, характерные для тревожных, соматоформных и/или прочих расстройств. Типичный пример: депрессия добавляется к социофобии или пост-травматическому стрессовому расстройству. У людей, имеющих значительные личностные расстройства, риск впасть в депрессию, как правило, повышен.

Лечение:

- психофармакотерапия (антидепрессанты, антипсихотики и другие психофармаконы)
- психотерапия
- другие методы лечения (светолечение)

Осложнения депрессии — это суицид и прочие формы насильственного поведения, а также трудности в семье, на работе (падение результативности, безработица) и в обществе. Кроме того, это переход депрессии в повторяющуюся и даже постоянную (хроническую) форму, что, в свою очередь, ведет к дистрессу у близких (детей, супругов и других значимых людей).

Депрессия является одним из важнейших факторов, который неблагоприятно влияет на течение многих физических недугов — например депрессия в послеинфарктный период ухудшает восстановление.

Биполярное аффективное расстройство

Для биполярного аффективного расстройства характерны чередования маниакальных и депрессивных эпизодов, между которыми обычно бывает бессимптомный период. Предрасположенность к заболеванию тесно связана с наследственными факторами.

Симптоматика мании. Для данного аффективного расстройства характерен подъем настроения. Человек может пребывать в приподнятом настроении, в состоянии гиперактивности, быть охвачен жадой деятельности, полагая, что все вокруг очень увлекательно. Поведение при этом может отличаться от обычного. Человек рассеян, говорит быстро, может нарушаться понятие о рамках приличия и благоразумия. В поведении могут обнаруживаться некоторые странности, например, совершение необдуманных финансовых сделок, импульсивные поступки в сексуальной сфере и т. д. В некоторых случаях наблюдается мания величия и гениальности, иногда с этим связаны слуховые галлюцинации. Бред и галлюцинации при этой мании обычно более логически обоснованы, чем при шизофрении, поскольку их источником является повышенное настроение.

Течение болезни — индивидуальное. Если эпизод болезни проявляется уже не в первый раз, то очевидно, что повторения будут и впредь, если человек не будет получать профилактического лечения.

Лечение. Биполярное аффективное расстройство означает для человека пожизненную предрасположенность к повторным эпизодам аффективных расстройств, поэтому целью лечения является предотвращение рецидивов. Поэтому в качестве профилактического лечения назначается постоянный прием лекарств, уравнивающих настроение. Лечение осуществляется путем комбинирования лекарственных препаратов с психотерапией (например, когнитивно-поведенческой психотерапией). В дополнение практикуется семейная и парная терапия. Лечение, если оно проводится последовательно, как правило бывает результативным. Чтобы человек был осведомлен и приспособился к своему состоянию, он должен в достаточном количестве получить информацию от специалиста.

Тревожные расстройства

В международной классификации болезней (МКБ-10) различают две группы тревожных расстройств: фобические тревожные расстройства и прочие тревожные расстройства.

- Фобические тревожные расстройства включают в себя агорафобию, социофобию и простую фобию.
- Прочие тревожные расстройства включают в себя паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, тревожные расстройства с симптомами депрессии.
- Обсессивно-компульсивное расстройство
- Острые стрессовые реакции и расстройства приспособительных реакций

Примерно каждый четвертый в течение жизни может испытать какое-либо тревожное расстройство. Хотя тревога сама по себе является нормальным явлением, тем не менее патологические проявления тревоги причиняют много страданий, в немалой степени подрывая работоспособность и мешая повседневной жизни. Тревожные расстройства дают о себе знать, как правило, в молодом возрасте и в ранней зрелости, нередко приобретая повторяющееся течение и переходя в хроническую форму, причем женщины подвержены этому в 2—3 раза чаще, чем мужчины. В возникновении тревожных расстройств играет роль как наследственный фактор, так и воздействие окружающей среды, а чаще — их обоюдное влияние.

Под словом тревога подразумевается чувство внутреннего напряжения, беспокойства, страха или паники. Тревога и страх между собой довольно схожи. Их различие заключается в том, что страх является когнитивным состоянием, наступающим от реально существующей опасности, а при возникновении тревоги опасность как таковая отсутствует.

В ситуации чрезвычайной опасности тревога и страх — это нормальные реакции, биологической задачей которых является подготовка (как в физиологическом, так и в психологическом плане) к избеганию данной опасности или ее отражению.

Нормальный страх пропорционален размеру опасности. Патологический страх — например, боязнь животных или крови — по своей интенсивности и продолжительности непропорционален внешней опасности.

Фобические расстройства

Для фобических расстройств характерен сильный, безосновательный страх перед определенной жизненной ситуацией, явлением или каким-нибудь живым существом. Фобии нуждаются в лечении только тогда, когда фактор, внушающий страх, переносится тяжело, данных обстоятельств стараются избегать и это причиняет страдания и ограничивает деятельность. Обычные симптомы состояния страха включают в себя психические и соматические компоненты.

- **Агорафобия** — это, как правило, осложнение таких явлений, как паническое расстройство и единичные панические атаки, признаком которого является боязнь человека попадать в места, где он будет чувствовать себя незащищенным, поскольку при панической атаке или ином ухудшении самочувствия не сможет сразу получить там помощь или выбраться оттуда. Типичная обстановка, нагнетающая страх, — это многолюдные места, общественный транспорт, замкнутые помещения и одиночество.
- **Социофобия** или социальное тревожное расстройство проявляется в виде сильного и продолжительного чувства страха перед обстоятельствами, предполагающими общение, или боязнь что-то делать в присутствии других людей. По причине страха многие стараются избегать таких ситуаций. Такие же необоснованные страхи нередко возникают перед вероятностью попасть в неудобное положение или стать объектом критического отношения. При возникновении таких ситуаций могут возникнуть перерастающая в панику тревога и соматические симптомы. Самые распространенные из них — сердцебиение, покраснение, сухость во рту, тошнота, дрожание рук и потоотделение. Выделяют обобщенное социальное тревожное расстройство, при котором люди испытывают страх перед большинством социальных обстоятельств, и ограниченное социальное тревожное расстройство, которое проявляется лишь в некоторых конкретных ситуациях, к примеру боязнь публичных выступлений. Социальное тревожное расстройство диагностируется весьма недостаточно, принимая во внимание что проблема довольно распространенная, имеет хроническое течение и тяжелые последствия.

Паническое расстройство

В рубрике «Прочие тревожные расстройства» в МКБ-10 рассматриваются состояния, которые с точки зрения общей медицины являются как раз наиболее важными. Главными признаками панического расстройства считаются внезапно наступающие кратковременные моменты безосновательного сильного страха, а также симптомов физического возбуждения, которые называются паническими атаками; кроме того возникает постоянный страх перед неожиданными рецидивами приступов.

Для панических атак характерно чувство неизбежной катастрофы. Сильные соматические симптомы побуждают человека, как правило, вызывать скорую помощь и обращаться в больницу или к семейному врачу. К сожалению, после исключения соматических заболеваний ограничиваются в основном лишь успокоительными или кратковременными мерами, которых недостаточно, чтобы разорвать замкнутый круг приступов паники и страха. В диагностировании панического расстройства центральное место занимает правильное распознавание панических атак. Типичное явление, встречающееся во время панического эпизода, — это сильное возбуждение вегетативной нервной системы, которое влечет за собой множество неприятных ощущений в области головы, грудной клетки и живота.

Особенно характерными являются одышка, учащенное сердцебиение и чувство потери равновесия. На высоте соматического дистресса часто теряется самоконтроль, появляется страх смерти и прочих губительных последствий. Панические атаки могут настигать человека также и во время сна. Подобные приступы все же могут проявляться весьма по-разному: иногда присутствует всего лишь какой-либо неопределенный симптом, а опыт страха отсутствует вовсе. Подтвердить диагноз в подобных случаях помогает наличие других признаков: острое и внезапное начало симптомов и быстрое, неконтролируемое усиление приступа. Достигнув своего пика, атака вскоре проходит — она длится примерно от двух минут до нескольких десятков минут. Для правильной постановки диагноза панического расстройства важное значение имеет, помимо самих панических атак, наличие постоянных повторов атак, а также боязнь их последствий и вытекающие из этого ограничения в жизни. Часто паническое расстройство осложняется также агорафобией, которая может сохраняться даже тогда, когда панические атаки утрачивают свой непредсказуемый и бурный характер.

Генерализованное или общее тревожное расстройство

В отличие от панического расстройства, генерализованное или общее тревожное расстройство имеет стойкий и волнообразный характер, продолжаясь месяцами, а часто и годами. Основными симптомами тревожного расстройства являются чрезмерно обширное неконтролируемое беспокойство и напряжение. Врачу часто предъявляются соматические (телесные) жалобы, обусловленные тем, что психологический стресс и беспокойство стали привычным эмоциональным состоянием, которое пациент объясняет внешними факторами или слабостью своего характера. Такие жалобы, как учащенное сердцебиение, нерегулярное дыхание, расстройства пищеварения, потливость, связаны со стойким возбуждением вегетативной нервной системы. Часто встречаются жалобы на утомленность, изнуренность, головные боли и затруднения с засыпанием.

Наблюдаются соматическо-автономные симптомы — тремор, потливость, учащенное сердцебиение, головокружение, гипервентиляция (т. е. быстрое насыщение организма кислородом), учащенное мочеиспускание, боли в брюшной полости и в мышцах.

Лечение тревожных расстройств

Успех лечения тревожных расстройств зависит от нескольких общих факторов. Для достижения успешного результата имеют значение раннее распознавание патологической тревожности, соответствующее информирование пациента о сущности тревожности, планирование целей и продолжительности лечения, обучение оказанию самопомощи и согласованная деятельность профессионалов различных специальностей (семейный врач, психиатр, психолог). Тревожные расстройства хорошо поддаются лечению, и для этого существует ряд фармакологических и психологических методов. Организации лечения способствует обзор предшествующей терапии, исследование психосоциального фона, учет предпочтений пациента, наблюдение за побочными эффектами лекар-

ственных препаратов и непрерывное дифференциально-диагностическое наблюдение. Также важны и рекомендации по здоровому образу жизни: уменьшить чрезмерное употребление кофеина, алкоголя и табака; быть физически активным; исправить привычки питания и гигиены сна. Очень важно обучение методам самопомощи для преодоления тревоги. Удобными для применения методами на физиологическом уровне является релаксация и дыхательные упражнения, на мыслительном уровне контроль тревожных мыслей и направленный на поиск решения подход к проблеме, а на поведенческом уровне ступенчатая экспозиционная терапия (постепенная тренировка способности справляться с вызывающими тревогу обстоятельствами).

Обсессивно-компульсивное расстройство

Обсессивно-компульсивное расстройство — это психическое расстройство, относящееся к числу тревожных расстройств. У людей с обсессивно-компульсивным расстройством появляются патологические навязчивые мысли и навязчивые действия, т. е. ритуалы. При обсессивно-компульсивном расстройстве появляются повторяющиеся мысли, человек вынужденно повторяет одни и те же действия. Он сам считает эти действия иррациональными, но ему трудно прекратить их совершать. Когда он пытается их отвергать, появляются страх и подавленность. Навязчивые действия — это повторяющиеся цепочки действий, цель которых — снизить тревогу, сопутствующую навязчивым мыслям.

Обсессивные, т. е. навязчивые мысли — это идеи, образы или побуждения, которые стереотипным образом постоянно приходят субъекту на ум. Они беспокоят человека практически постоянно (поскольку могут содержать насилие, быть непристойными, или просто бессмысленными и глупыми), и он часто, но безуспешно пытается им сопротивляться. В то же время он относится к ним как к своим мыслям, хотя они и произвольны и зачастую неприятны.

Компульсивное действие, или ритуал — это постоянно повторяющееся стереотипное поведение. Оно не приносит удовольствия и не является полезным с точки зрения достижения какой-либо цели. Человек считает их защитным средством для предотвращения какого-либо объективно маловероятного события, которое могло бы причинить ему вред или которое он сам мог бы причинить. Обычно, но не всегда, человек сам понимает бессмысленность или бесполезность такого поведения и делает неоднократные попытки подавить его. В очень долго длившихся случаях сила сопротивления обычно минимальна. Часто наблюдаются вегетативные симптомы тревожности, обычным является также и неприятное ощущение напряжения без заметной вегетативной гиперактивности.

Симптоматика

Наиболее распространены такие навязчивые мысли, как страх загрязнения, страх заражения, боязнь микробов. Мысли могут быть связаны также с факторами окружающей среды и ядами. Этим страхам (фобиям) часто сопутствует очевидное избегающее поведение, самым частым навязчивым действием является мытье.

Люди, страдающие *обсессивными подозрениями* боятся, что их невнимательность может привести к нежелательным последствиям, например, могут бояться, что оставили плиту включенной, и это вызовет пожар. Хотя они знают, что все сделали правильно, им трудно избавиться от связанных с этим подозрений. Это, в свою очередь, приводит к ритуалу контроля. Навязчивые подозрения могут обусловить также и избегающее поведение.

Потребность в симметрии: человеку хочется упорядочивать обстоятельства или предметы в идеальную систему, или в какую-либо сбалансированную или симметричную последовательность. Это часто сопутствует магическому мышлению, например, он думает, что должен разложить вещи в строгой последовательности, чтобы избежать катастрофы. Стремление к симметричности движений может привести к различным ритуалам постукиваний или прикосновений; это часто проявляется у тех, кто имеет вдобавок также и симптомы тиков (например, моторное моргание, хлопки по своему телу).

Соматические навязчивые мысли: страдающие ими люди боятся, что заболели или вот-вот заболеют какой-либо тяжелой болезнью. Раньше боялись венерических заболеваний и рака, теперь же

наиболее распространена боязнь СПИДа. Люди испытывают влечение исследовать части своего тела, надеясь таким образом отогнать мысли о болезни. Между соматическими навязчивыми мыслями, сопутствующими обсессивно-компульсивному расстройству, и соматическими навязчивыми мыслями, сопутствующими ипохондрии, четкой грани нет, но у людей с обсессивно-компульсивным расстройством главным образом наблюдаются другие навязчивые мысли и навязчивые действия.

Сексуальные и агрессивные навязчивые мысли: страдающие ими люди боятся, что они уже сделали или сделают в ближайшем будущем какой-либо наносящий другим ущерб или сексуально предосудительный поступок. Содержание навязчивой мысли может быть угнетающим, и человек не хочет об этом рассказывать. Навязчивым мыслям часто сопутствуют ритуалы признания или проверок.

Частота возникновения

Частота навязчивых действий при обсессивно-компульсивном расстройстве:

Проверка 63%

Мытье 50%

Подсчеты 36%

Вопросы или испытания 31%

Симметричное упорядочивание 28%

Собирание 18%

Несколько различных действий 48%

При обсессивно-компульсивном расстройстве деятельность человека может быть сильно нарушена. Вследствие ритуалов и проверок необходимая деятельность занимает гораздо больше времени, чем уходило на нее раньше. Следствием этого может быть вторичная депрессия.

Лечение

В случае обсессивно-компульсивного расстройства эффективно как медикаментозное, так и поведенческое лечение. Важным фактором считается расстройство серотонинергической системы ЦНС (медиаторов серотонина и норадреналина), поэтому лекарственными средствами воздействуют именно на эту систему. В случае навязчивых действий эффективна поведенческая терапия. Клиенту даются повторные стимулы в виде сигналов, которые обычно побуждают его идти мыть руки, например, говорят, что его руки грязные. Мыть руки однако не дают, так что связь между экспозицией и ответом прерывается.

Органические психические расстройства

В основе всех органических психических расстройств лежит заболевание, повреждение или иное расстройство головного мозга, последствием которого является дисфункция мозга.

Деменция

Деменция — это синдром, который повреждает интеллектуальные способности человека и прогрессирует, как правило, медленно. Прежде всего нарушаются память и мышление, но на работу других органов это не оказывает прямого влияния. Это заболевание главным образом сопутствует преклонному возрасту. Синдром деменции обусловлен заболеванием головного мозга. В большинстве случаев деменция формируется в результате процессов, медленно повреждающих мозговые клетки. Наиболее распространенной причиной деменции является болезнь Альцгеймера, которой болеет около половины всех людей с синдромом деменции. Кроме того, деменцию могут вызывать расстройства мозгового кровоснабжения (сосудистая деменция), болезнь Паркинсона, болезнь Пика, алкоголизм, СПИД и еще целый ряд заболеваний.

Люди с деменцией болеют теми же физическими заболеваниями, что и их сверстники. Диагноз «синдром деменции» предполагает, что человек не в состоянии справляться с повседневными делами, трудовыми и социальными обязанностями. Трудовые задания могут быть различной сложности, но должна иметься возможность оценить, когда навыки начинают ухудшаться.

Симптоматика деменции

Наиболее существенным проявлением является деградация когнитивных способностей. Основным симптомом являются расстройства памяти. Этому сопутствуют афазия (неспособность использовать речь или понимать ее), апраксия (неспособность планировать целенаправленную деятельность и доводить ее до конца), агнозия (неспособность узнавать предметы или людей), расстройства абстрактного мышления и комплексной деятельности. Синдром может сопровождаться личностными изменениями и расстройствами поведения. Наиболее изматывающими для близких являются расстройства поведения. Может наблюдаться общая враждебная позиция по отношению ко всем, или излишняя пассивность, или словесная и физическая агрессивность. Может проявляться поведение, отрицающее принятые в обществе нормы. На поздней стадии человек может постоянно ходить следом или блуждать.

При деменции могут наблюдаться также и расстройства психики, например галлюцинации и нарушения хода мышления. Могут появляться и бредовые идеи, подозрительность в отношении близких, вероломность, человек прячет вещи, сам у себя ворует. Могут наблюдаться также чувство страха и падение настроения.

Болезнь Альцгеймера

Причиной деменции часто бывает болезнь Альцгеймера. Ей обусловлено более половины всех случаев деменции. Она представляет собой прогрессирующее и необратимое заболевание мозга. Болезнь Альцгеймера делится на стадии. В некоторых случаях болезнь протекает быстрее и стадии завершаются за более краткие сроки. Средней продолжительностью болезни считается 7–10 лет.

1. **На первой стадии** умственные способности снижаются понемногу. Появляются признаки, указывающие на ухудшение памяти, и расстройства настроения в виде депрессии. Люди быстро устают, беспокойны, малейшее раздражение кажется чрезмерным. Удлиняется время реакции, отдается предпочтение знакомым местам и ситуациям. При вождении автомобиля могут возникать проблемы с распределением внимания, водитель не в состоянии следить одновременно за дорожными знаками и движением. Обычно человек отрицает все углубляющееся расстройство памяти и склонен винить в складывающихся ситуациях других (например, если вещи лежат не на своем месте или исчезли).
2. **Во второй стадии** человек может самостоятельно справляться с простыми повседневными действиями, но более сложные задачи (оплата счетов, замена замка, приготовление более сложной пищи) начинают казаться непосильными. Он все больше забывает; но в то же время раздражается, когда другие хотят помочь. Речь замедляется, на середине предложения человек может забыть то, что он хотел сказать, повторно задает одни и те же вопросы. Начинают забываться имена друзей и близких, нарушается социальное общение и возникает склонность к отстраненности. Внешнее впечатление остается прежним, так как сохраняется умение скрывать свое состояние.
3. **На третьей стадии** кратковременная память становится очень плохой, но воспоминания о далеком прошлом могут быть еще вполне ясными. В то же время человек забывает целые периоды времени, не знает текущей даты, года, места, где он находится, не помнит имен важных для него людей. Возбужденность, подозрительность и беспокойство побуждают его двигаться и покидать свое место. В наружных условиях велика вероятность заблудиться, но нередко случается заблудиться и в комнатах. Человек больше не узнает своих близких.
4. **В четвертой стадии** очень велика потребность в посторонней помощи, вследствие зависимости от других людей. Человек не осознает, что происходит вокруг, могут иметь место нарушения сна, галлюцинации, ночью он бродит, постоянно беспокоен. В этой стадии пропадает контроль за мочеиспусканием и дефекацией, и близкие начинают искать помощи извне.

5. **На последней стадии** пропадает способность глотать и жевать. Могут возникать затруднения с дыханием, особенно если человек все время проводит в постели. Возрастает опасность воспаления легких или вирусных заболеваний. Болезнь заканчивается смертью.

Принципы ухода и лечения

Исходная позиция такова, что если дементному больному обеспечить безопасную, размеренную повседневную жизнь и свободную от стрессов среду (распознавать чреватые стрессом ситуации и по возможности их устранять), то потребность в лекарствах будет минимальной (за исключением лечения хронических физических заболеваний). Разработка новых лекарств для лечения деменции направлена на снижение когнитивных и поведенческих расстройств и замедление или остановку прогрессирования болезни. Предупредить болезнь считается невозможным. Лекарства, употребляемые в настоящее время, принимаются с целью попытаться улучшить когнитивные функции. Попутно лечат нарушения сна, расстройства настроения, расстройства восприятия и хронические физические заболевания.

Нередко применяются терапевтические методы и подходы, которые помогают дементным людям лучше справляться с окружающей средой и со своими внутренними побуждениями.

Подход, **ориентированный на реальность**, подчеркивает существование в реальном времени, сегодня, в данный момент времени, здесь и сейчас.

Подход, основанный на **эмоциях**, действует через эмоции. Цель метода пробуждения воспоминаний — стимулировать память и чувства дементного человека, через попытки напоминать ему о его жизни. Составляют также биографические книги, куда помещают фотографии и записывают истории из событий жизни. Исследования показали эффективность этого метода для кратковременного улучшения настроения, поведения и когнитивных функций.

Валидация проводится с целью снизить стресс и повысить чувство собственного достоинства. Она базируется на теории развития, утверждающей, что в пожилом возрасте, когда утерян контроль и человек дезориентирован, он нуждается в выражении своих эмоций для того, чтобы умереть спокойно. Валидационные методы исходят из принципа, что когда эмоции подавляются, они становятся хуже, поэтому важно выражать свои эмоции.

Метод стимулирования. Стимуляция представляет собой развлекательную деятельность (рукоделие, игры, домашние животные) и занятия искусством (музыка, танцы, рисование). Это обогащает ум и воодушевляет больного. Доказано, что применение оставшихся способностей смягчает проблемы в поведении и улучшает настроение.

Улучшение познавательных процессов. Цель — улучшение ориентирования в реальности и тренировка навыков для снижения когнитивных недостатков. Достигается кратковременное улучшение словесного самовыражения, других когнитивных функций и поведения, а также нормализация социальной жизни.

Для дементного человека наиболее приемлемым является неизменное, ранее знакомое окружение и сформировавшийся постоянный распорядок дня. В своей деятельности он должен максимально использовать еще оставшиеся способности, навыки и силы.

5. НЕДОСТАТОК УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ

Недостаток умственного развития — это не болезнь, как это часто ошибочно полагают. Состояние недостатка умственного развития с течением жизни не меняется, и его невозможно вылечить. Недостаток умственного развития — это такая же особенность человека, как одаренность или бездарность в какой-либо области.

Хотя в МКБ-10 диагноз «недостаток умственного развития» классифицируется в числе психических расстройств, но при планировании поддержки люди с недостатком умственного развития всегда рассматриваются как отдельная группа. Для описания недостатков умственного развития в Эстонии использовались и используются весьма различные понятия. В системе медицины более распространены такие понятия, как «недостаток интеллекта» и «умственная отсталость». МКБ-10 определяет «умственную отсталость» как состояние заторможенного или ненормального умственного развития, при котором слабо развиты, прежде всего, навыки, приобретаемые в период развития, то есть умственные, вербальные, моторные и социальные способности, которые определяют общий уровень интеллекта. В эстонской системе образования и социального социального обеспечения, начиная с 1995 года, применяются главным образом такие выражения, как «недостаток умственного развития» и «умственная недостаточность». Употребление термина «недостаток умственного развития» поддерживают также и различные объединения и организации, занимающиеся людьми с ограниченными возможностями.

Умственную недостаточность часто рассматривают как недостаток развития, поскольку интеллектуальные функции человека ослаблены, а подход к жизни конкретный. Все когнитивные проблемы сводятся к ключевому слову «конкретность» — мир человека с недостатком умственного развития выразителен, интенсивен, богат деталями, но прост, поскольку человек не усложняет свой мир и не приводит к единообразию посредством абстракций.

5.1. Определения недостатка умственного развития

Исторически недостатку умственного развития давали самые различные определения. Традиционные попытки дать определение недостатку умственного развития можно разделить на три категории:

1. Определения, которые основываются на результатах тестов на определение уровня интеллекта.
2. Определения, которые базируются на социальной приспособленности.
3. Определения, которые основываются на причинах или сущности умственной недостаточности.

Первым и лучше всего описанным основанием для диагностирования умственной недостаточности был уровень интеллекта. Первые тесты на уровень интеллекта разработали Альфред Бине и Теодор Симон в начале 20-го века во Франции. Вначале целью было выявить детей, интеллект которых ниже среднего, и которым по этой причине, скорее всего, не будет пользы от школьной программы. Такое определение недостатка умственного развития хоть и может быть надежным и объективным, но в то же время ставит для человека ограничение, считая его уровень IQ абсолютным показателем способностей. Вскоре было обнаружено, что такой метод исследования умственной отсталости недостаточен, потому что находилось немало людей, чьи результаты теста и общая приспособленность не были на одном уровне. Хоть их интеллект и был ниже среднего, это не мешало им великолепно справляться со своей жизнью. Дальнейшие исследования закономерностей интеллекта показали, что на проявление интеллекта в значительной мере влияет также и окружающая человека среда. По-видимому, самым серьезным аргументом против применения тестов на уровень интеллекта является то, что они дискриминируют детей, происходящих из бедных семей, имеющих иное культурное воспитание и меньше возможностей.

Затем стали определять уровень недостатка умственного развития согласно тому, насколько хорошо человек приспосабливается к окружающей среде и культуре, т. е. каков уровень его практических способностей/навыков.

Например: «Умственное развитие человека считается недостаточным, если он неспособен справиться сам с собой и со своими вещами, или если он определенным образом обучен это делать, и который нуждается в инструктировании, контроле и попечении во благо его самого и общества».

Такое определение дает понять, что человек с недостатком умственного развития — это тот, кто, став взрослым, неспособен самостоятельно управлять своей жизнью. Одним из недостатков такого определения является то, что человек может в одной среде иметь ограниченность возможностей, а в другой нет, поскольку для того, чтобы в них справляться, нужны отличные друг от друга навыки. Большая разница, жить ли в городе или на селе, в своем доме или в квартире. Человек, который не справляется с жизнью в центре города при большом движении, вполне хорошо может справляться, живя в своем доме в небольшом селе и выполняя сельские работы. Такое определение недостатка умственного развития имеет еще одно слабое место — трудности с приспособляемостью очень трудно измерить достоверно. Разные профессионалы имеют весьма различные концепции того, что входит в понятие успешной приспособляемости. Создано много шкал адаптивного поведения, но в целом они не являются столь же объективными, как тесты на уровень интеллекта. Третья проблема при определении умственной недостаточности на основании социальной неприспособленности заключается в том, что человек может оказаться не в состоянии приспособиться не по причине недостатка умственного развития, а по иной причине. Есть много людей, которым мешают самостоятельно справиться с жизнью эмоциональные, физические или иные проблемы.

Третий подход — это попытки определить недостаток умственного развития исходя из теоретических соображений о его причинах и сущности, например: «Дети с недостатком умственного развития перенесли до рождения или в раннем детстве тяжелое заболевание мозга, и это воспрепятствовало нормальному развитию их мозга, а также привело к серьезным аномалиям умственного развития. Ребенка с недостатком умственного развития можно четко выявить согласно количеству нормальных мыслей, которые он понимает, и характера восприятия реальности».

Существовало утверждение, что недостатки умственного развития наблюдаются у людей, у которых имеются расстройства мозговой деятельности и нарушения в центральной нервной системе. Но и это определение не нашло подтверждения, поскольку при исследовании людей с недостатком умственного развития зачастую не находилось никаких признаков нарушений в центральной нервной системе.

Сегодня основанием для определения недостатка умственного развития является подход, применяемый в DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* — Руководство по диагностике и статистике психических расстройств) и адаптированный Американской ассоциацией по умственной отсталости (AAMR). AAMR — это организация в США, которая объединяет как людей с умственной отсталостью, так и членов их семей, специалистов и организации. Целью AAMR является формирование современного отношения, разработка новых методов и вмешательств, а также по возможности всесторонняя поддержка умственно отсталых людей.

Согласно подходу AAMR, *диагностическими критериями* умственной отсталости являются интеллект ниже среднего, недостаточность в двух или более областях приобретенных навыков (все-го их 10) и проявление в возрасте до 18 лет.

Исходя из этого определения, недостаток умственного развития — это не то, что у человека просто есть, как, например, голубые глаза или больное сердце. Недостаток умственного развития невозможно описать также и особенностью человека, тем какой он — как, например, полный или худой, небольшого роста или высокий. Это также и не медицинское состояние и не психическое расстройство.

Недостаток умственного развития — это особое функциональное состояние, начинающееся в детском возрасте, которое характеризуется ограниченностью как интеллекта, так и приобретаемых навыков.

Диагностические критерии: интеллект значительно ниже среднего

Концепции недостаточности умственного развития и интеллекта настолько тесно связаны, что об одном нельзя говорить без другого. Интеллект описывается как способность учиться, но в то же время говорится, что это — то, что уже выучено/освоено. Кроме того, интеллект описывается как способность приспосабливаться или как способность абстрактно мыслить. Каждый из этих подходов, отдельно взятый, ограничивает человека, его способности, возможности и окружающую среду и не предусматривает четкой измеримости.

В настоящее время подчеркивается цельность/широкоохватность концепции интеллекта, согласно которой интеллект — это общая способность человека, которая позволяет ему успешно приспосабливаться к различным обстоятельствам.

Делается различие между двумя типами интеллекта:

- академический интеллект, т. е. общая интеллектуальная способность, включающая, в основном, знания, приобретаемые в школе
- практический интеллект, показывающий способность успешно применять полученные знания в различных обстоятельствах обычной жизни

При этом высокий уровень интеллекта в одной области не гарантирует наличия такого же уровня в другой.

Академический интеллект можно измерить при помощи тестов на определение коэффициента интеллекта. Результат теста, отражающий возраст умственного развития человека, делится на его хронологический возраст и умножается на сто. Полученный результат называют коэффициентом интеллекта человека, или IQ. Средний уровень IQ равен 100, поскольку подавляющее большинство выполняющих тест показывают результат в пределах 90—110. Умственную недостаточность можно заподозрить, если уровень IQ человека окажется менее 70—75. Следует упомянуть, что при подсчете результатов теста на IQ всегда учитывается ошибка определения в пределах до пяти пунктов.

Каждый тест на IQ является продуктом определенной культуры, и все, связанное с этой культурой, влияет на результат испытуемого. В различных культурах разнятся определения интеллекта и, кроме того, по-разному ценятся когнитивные навыки человека. В различных культурах различаются и мнения о том, какие способы решения когнитивных заданий, например, на нахождение подходящих друг к другу вещей, будут считаться правильными. Человек, не принадлежащий к той культурной группе, в которой был разработан тест, может решить эти задания неверно по причине, не имеющей ничего общего с низким интеллектом. Кроме того, обнаружено, что на результат теста влияет культурная принадлежность тестирующего. Если тестирующий принадлежит к другой расовой или этнической группе, то тестируемый может чувствовать дискомфорт и поэтому показать более слабый результат.

Чтобы преодолеть проблемы, связанные с культурой, многие психологи пытались создавать такие тесты IQ, которые были бы «свободны от культуры» (без культурного содержания) или нейтральны в культурном отношении (соответствовали бы всем культурам, в которых проводится тестирование), но эта цель до сих пор не достигнута. Неудача попыток создать свободный от культуры тест IQ привела исследователей к пониманию того, что интеллект не является всего лишь унаследованным когнитивным потенциалом, не зависящим от опыта в окружающей среде. Напротив, интеллект всегда проявляется в контексте среды, и неосведомленность об этом контексте влияет на интеллект человека. Тестами на уровень интеллекта можно успешно пользоваться для сравнения способностей людей в одном культурном пространстве, но межкультурные сравнения следует считать опасными.

Диагностические критерии: недостаточность в двух или более областях приобретенных навыков

Под приобретенными навыками подразумеваются такие, которые позволяют человеку самостоятельно справляться со своей жизнью, и это, в первую очередь, навыки адаптации к требованиям среды. Согласно определению DSM IV, эти навыки указывают на то, насколько эффективно человек приспосабливается к требованиям обычной жизни и насколько он соответствует стандарту

личной независимости. Стандарт личной независимости описывает ожидания, предъявляемые к человеку исходя из его возрастной группы, социально-культурной принадлежности и позиции в сообществе. Как следует из подхода AAMR, приобретенные навыки, применяемые в комбинации, позволяют человеку интегрироваться в общество.

Подход AAMR разделяет приобретенные навыки на десять подсфер.

1. Коммуникация.

Этот навык включает понимание информации и самовыражение при помощи *символического поведения* (произнесенные слова и предложения, написанные слова и предложения, графические символы, жесты и т. п.) или *несимволического поведения* (выражение лица, поза, движения, прикосновения, жесты, расположение в помещении и т. п.).

2. Самообслуживание.

Навык включает выполнение основных повседневных действий: принятие пищи, одевание, пользование туалетом, мытье (всего тела), а также забота о личной гигиене (о своей коже, зубах, ногтях и волосах на теле).

3. Домашняя жизнь.

Навык связан с выполнением домашних хозяйственных задач: пользование деньгами, планирование бюджета, осуществление покупок, приготовление пищи, забота об одежде, уборка, планирование дня, соблюдение твердого режима и т. п.

4. Социальные навыки.

Эта сфера включает навыки, необходимые для того, чтобы поддерживать связи с другими людьми (навыки общения), например, навык замечать других, выносить их присутствие вблизи себя, устанавливать/поддерживать/прекращать контакт, умение слушать, считаться с другими, идти на компромиссы, эмпатия и т. п.

5. Использование возможностей общества.

Навык означает, что человек, передвигаясь вне дома, в состоянии пользоваться необходимыми ресурсами общества: банком, аптекой, дневным центром, детским садом, школой, рабочим местом, официальными учреждениями, общественным транспортом, учреждениями культуры, совместными и публичными мероприятиями, услугами связи, СМИ и т. п.

6. Управление собой.

Навык связан с умением делать выбор. Указывает на способность человека вести такой образ жизни, который он сам избрал и который сочетается с его ценностями, предпочтениями и способностями, включая осознание вышеназванного, принятие самостоятельных решений, собственную инициативу и постоянство в действиях, принятие ответственности за свою жизнь и действия, умение отстаивать свои интересы.

7. Здоровье и безопасность.

Навык связан с поддержанием своего здоровья и включает предупреждающее болезни поведение (здоровый образ жизни), понимание состояния своего здоровья, знание и применение элементарных приемов первой помощи, соблюдение назначенного режима лечения, избегание различных опасностей, соблюдение требований безопасности в своей деятельности, надлежащее сексуальное поведение и т. п.

8. Академические навыки.

Когнитивные навыки и умения, которые обычно связаны с учебой в школе, с изученным материалом и применимы в обычной жизни: чтение, письмо, счет, элементарные познания в географии, физике, химии.

9. Свободное время.

Навык означает способность человека заполнять свое свободное время, остающееся после выполнения обязанностей и заботы о самом себе. Это навык осознавать и развивать свои интересы, приобретать средства и создавать возможности для занятий ими, заполнять свой досуг

приемлемым для общества образом, учитывая нормы культуры, возрастные и половые особенности и т. п.

10. Работа.

Навык связан с выполнением работы или с подобной работе деятельностью. Здесь рассматриваются профессиональные умения, чувство времени, оценка своих способностей, выполнение указаний, способность сосредоточиться на определенном задании, переносимость критики, переносимость руководства и неудач, понимание своей роли и поведение в коллективе, навыки сотрудничества и прочие общие трудовые навыки.

Для оценки приобретенных навыков разработаны и применяются различные средства измерения и тесты, но важно знать, что сбор информации осуществляется в основном методом наблюдения. Рассматривается:

- человек и его способность справляться с жизнью в обычной среде
- человек и его способность справляться с различными социальными ситуациями

Для того, чтобы диагностировать недостаток умственного развития, недостаточность должна проявиться в двух или более подсферах приобретенных навыков.

Диагностические критерии: проявление в возрасте до 18 лет

18-летие отмечает возраст, по достижении которого человек начинает исполнять в обществе роль взрослого человека. В различных культурах этот возраст может быть иным. Недостаток умственного развития не диагностируется, если причины расстройств кроются во взрослом возрасте. В то же время, слишком рано поставленный диагноз может навредить развитию ребенка вместо того, чтобы его поддержать. Постановка диагноза умственной отсталости 2—3 летнему ребенку значительно сужает возможности ребенка развиваться и утверждать себя, формируя при этом неправильное отношение к ребенку со стороны родителей, сети и социального сообщества. Главным аргументом против ранней постановки диагноза является опасность возникновения стигм (навешивания ярлыков). В развитых странах при обнаружении у маленького ребенка нарушений/проблем, которые указывают на умственную недостаточность, сразу же начинается интенсивная работа сети поддержки, чтобы максимально помочь этому ребенку развиваться. В течение такого периода активной поддержки развития вместо термина «недостаточность умственного развития» употребляют термин «задержка развития». Кроме того, рассматривая навыки, описанные в качестве критериев умственной недостаточности, невозможно сказать, как эти навыки сформируются у ребенка, достаточно ли их будет для самостоятельной взрослой жизни, и насколько этот ребенок будет в будущем нуждаться в посторонней поддержке.

5.2. Причины недостатка умственного развития

Причины недостатка умственного развития могут быть весьма различными. Часто его считают врожденным нарушением, или же ищут его причину в неправильном образе жизни родителей. Оба утверждения являются предрассудками, они неверны и в фактической жизни не подтверждаются. Причины умственной недостаточности можно классифицировать следующим образом:

- дородовые причины
- околородовые причины
- послеродовые причины (относящиеся к детству и юности)

К дородовым причинам относятся наследственные факторы, различные деформации и проблемы периода беременности. Здесь можно упомянуть перенесение матерью краснухи (и других вирусных заболеваний), токсоплазмоза (паразитарной болезни), преэклампсии (повышения кровяного давления во время беременности), наличие у нее диабета, гипертонии и т. д. Помимо этого, умственную недостаточность может обусловить постоянное стрессовое состояние матери или

пренебрежение заботой о себе во время беременности. Больше всего под дородовыми причинами подразумевают все же наследственность, в которой значительную роль играют изменения в генах и хромосомах (мутации), ограничивающие, среди прочего, также и развитие умственных способностей. К этой категории причин умственной недостаточности относятся многие синдромы, о которых мы слышали еще в школе: синдром Дауна, синдром fragile X-хромосомы и др., но о них мы будем подробнее говорить ниже.

Околородовые причины связаны прежде всего с осложнениями при родах, которые могут быть обусловлены слишком быстрыми или слишком медленными родами, слишком маленькими или большими размерами плода, неправильным положением плода и т. д. Наиболее частой из связанных с родами причин является кислородное голодание (асфиксия) плода, которое заканчивается повреждением центральной нервной системы, поскольку мозг на какое-то время остается без кислорода. Помимо недостаточности кислорода имеют место также и физические травмы. К родовым причинам относят также и инфицирование плода от родовых путей матери. В этом случае больше всего говорят о герпетическом энцефалите, который проявляется в течение двух недель после рождения и обычно останавливает рост мозга. Зачастую последствия родовых проблем не ограничиваются только недостатками умственного развития, но к ним прибавляются также и физические недуги, в частности церебральный паралич, или ДЦП (расстройство двигательной системы, обусловленное повреждением мозга).

Послеродовые причины подразделяются на травмы детского возраста, воспаления мозговых оболочек и воспаления мозга вирусного происхождения (менингит, энцефалит, краснуха и т. п.), опухоли мозга, травмы головы и серьезные психические расстройства. Травмы чаще всего случаются в результате дорожно-транспортных происшествий или несчастных случаев, связанных с утоплением. В числе причин недостатка умственного развития называют также аутизм раннего детского возраста — однако, причина здесь не только в детском возрасте, но связана с различными психическими расстройствами. Кроме вышеупомянутых причин отмечается также влияние неблагоприятной среды воспитания, слабо стимулирующей развитие функций, связанных с умственной недостаточностью. Таким образом, причиной, вызвавшей недостаток умственного развития, может иной раз быть и психосоциальная среда — недостаток заботы.

Известны тысячи причин недостаточности умственного развития, но, несмотря на это, выделяют еще отдельную группу причин — **неизвестные причины**. В результате исследований получено заключение, что примерно половина случаев недостатка умственного развития закладывается до рождения, около 10% — в процессе рождения, около 10% в детском возрасте, и причина около 30% случаев остается неясной.

5.3. Уровни недостатка умственного развития

На основании коэффициента интеллекта недостаток умственного развития подразделяют **на четыре разных уровня**. Это деление в значительной степени условно, поскольку развитие — это процесс, который продолжается большую часть жизни, и развитие интеллекта во многом зависит от окружающей среды. В связи с этим зачастую сложно принять решение относительно уровня недостатка умственного развития, тем более что описание делается лишь в разрезе функционирования и весьма приблизительным образом. В то же время классификация умственной недостаточности на основании функционирования интеллекта является полезной, поскольку предварительно уже дает профессионалу указание на то, какого поведения можно ожидать от человека, каким может быть его физическое здоровье, в какой мере он может нуждаться в уходе и т. п.

В Международном классификаторе болезней (МКБ-10) уровни недостатка умственного развития обозначены следующим образом:

Легкая умственная отсталость	F 70.0	(IQ 50–55–70–75)
Умеренная умственная отсталость	F 71.0	(IQ 35–40–50–55)
Тяжелая умственная отсталость	F 72.0	(IQ 20–25–35–40)
Глубокая умственная отсталость	F 73.0	(IQ ниже 20–25)

Приведенные для сравнения уровни IQ основываются на определениях DSM IV.

Определение **уровня умственной отсталости** является медицинским диагнозом. Его нельзя путать с определенным для человека **уровнем тяжести недостатка здоровья**, обозначаемого как средний, тяжелый и глубокий недостаток здоровья, который указывает на объем потребности в посторонней помощи.

Глубокий недостаток умственного развития (IQ ниже 20–25)

Уровень умственного развития человека с глубокой умственной отсталостью можно сравнить с уровнем умственного развития ребенка 0–2 лет. Несмотря на такое сравнение, его нельзя полностью отождествлять с ребенком данного возраста, потому что у него имеется жизненный опыт, который у ребенка отсутствует. Человек с глубокой умственной отсталостью часто имеет к тому же и много различных нарушений в сенсомоторной области (эпилепсия, сенсорные расстройства, паралич и т. д.). Люди с глубоким недостатком умственного развития не отличают себя от других людей, так как у них еще не сформировалось самосознание. Поэтому при общении с ними невозможно достичь долговременного зрительного контакта. Они большей частью неговорящие, а свои потребности выражают при помощи звуков, крика, плача, смеха, хватательных движений, позы и мимики, или же поиска подходящего места в помещении. Когнитивное, т. е. связанное с мышлением развитие, находится в сенсомоторной стадии, которая описывает мыслительный процесс как происходящий только в момент непосредственного соприкосновения с ситуацией / осязания предметов. У человека с глубоким недостатком умственного развития знания об окружающем мире ограничены тем, что он испытывает при помощи сенсорного сознания и двигательной деятельности. Это означает, что вещей, которых человек не видит, не слышит, не осязает или не ощущает на вкус, для него в данный момент и не существует.

При постоянном повторении ежедневных мероприятий и событий, человек с глубокой умственной отсталостью сможет, наконец, лучше их понимать. Человек с глубоким недостатком умственного развития способен даже научиться создавать связи. Однако он обычно в состоянии связать не более двух разных вещей одновременно: например, пальто и прогулку, ложку и прием пищи. Взаимосвязи формируются только через постоянное повторение действий, одним и тем же образом и в том же контексте. Чувство безопасности и уверенности поддерживается неизменностью окружающей среды, приемов инструктирования и повседневного распорядка. Одна из первых взаимосвязей, которую человек с глубокой умственной отсталостью формирует, это попечитель и получение пищи.

Человек с глубоким недостатком умственного развития может проявлять интерес к окружающему, он может научиться играть, манипулируя предметами, комбинируя их и даже функционально. Манипулятивная игра при глубокой умственной отсталости — это когда с игрушками обращаются не по целевому назначению, а трогая, кладя в рот, стуча ими по полу и т. д. В случае комбинаторной игры человек с глубокой умственной отсталостью связывает два предмета между собой, например, колотит одним кубиком по другому или кладет их друг на друга. В функциональной игре он использует средства/предметы в предусмотренном порядке, например, катая игрушечный автомобиль по полу.

Так как развитие самосознания человека с глубокой умственной отсталостью находится на таком уровне, где он не воспринимает себя как личность, то он не в состоянии манипулировать людьми или капризничать для того, чтобы они исполнили его желание. Причины и цели возникновения

проблемного поведения, как правило, связаны со скукой, страхом или неприятным ощущением (голод, боль, холодно, мокро, страшно).

Люди с глубокой умственной отсталостью в значительной степени зависят от других людей. Это относится как к потребности в уходе, так и к дающим опыт возможностям. Они в состоянии приучиться к действиям по уходу за собой, но оптимальное развитие может происходить только в хорошо структурированной среде с продуманным методичным и непрерывным инструктированием.

Общие правила инструктирования человека с глубоким недостатком умственного развития.

- Используйте одиночные, всегда одни и те же слова, так как он не понимает фраз. Иногда рекомендуется даже пропевать слова при общении с людьми с глубокой умственной отсталостью.
- Всегда поддерживайте словесные указания альтернативными формами общения (жест, взмах, предмет).
- Всегда имейте в запасе время, чтобы дать ему возможность привыкнуть к ситуации, самому попытаться справиться. Старайтесь не спешить делать что-то вместо него.
- Всегда используйте одни и те же приемы инструктирования. Все руководители деятельности должны инструктировать его точно таким же образом.
- Обеспечьте ему по возможности неизменную жизненную среду и ритм дня.
- Занимаясь с ним, говорите о вещах здесь и сейчас. Для человека с глубокой умственной отсталостью временные понятия непостижимы.
- Никогда не оставляйте его одного во время бодрствования.
- Не пытайтесь наказывать человека с глубокой умственной отсталостью. Он не в состоянии думать исходя из причинно-следственных связей, и наказание его ничему не научит.
- Занимайтесь с ним индивидуально. Человек с глубокой умственной отсталостью никогда не будет что-то делать вместе с другими.
- Научитесь распознавать маленькие успехи и радоваться им, потому что для него они являются большими успехами.

ТЯЖЕЛЫЙ НЕДОСТАТОК УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ (IQ 20–25–35–40)

Уровень умственного развития людей с тяжелой умственной отсталостью можно сравнить с уровнем умственного развития ребенка 2–4 лет. Они способны отличать себя от других, поэтому с ними можно установить зрительный контакт. Несмотря на то, что они замечают другого человека как социальный объект, все их мышление, однако, очень эгоцентрично. Самовыражение происходит с помощью одиночных слов или простых предложений, важное место по-прежнему занимают жесты, взмахи, позы, прикосновения и звуки. В определенных случаях люди с тяжелой умственной отсталостью могут очень хорошо говорить, но речь, в основном, эхообразная. Для закрепления усвоения информации необходимо использовать альтернативные формы общения (см. главу 8): предметы, пиктограммы, картинки, фотографии, исходя из того, что человек замечает и понимает.

Когнитивное развитие при тяжелой умственной отсталости находится в передоперациональной фазе, которая описывается как создающее связи мышление. В тоже время, создаваемые связи имеют в своей основе только опыт, а не содержание. Например, споткнувшись о стул, человек с тяжелой умственной отсталостью может посчитать стул виновным в своем спотыкании, не думая, что стул не может нарочно встать перед ним. Людей с тяжелой умственной отсталостью можно обучать, следуя конкретной цепочке связей: когда вы находитесь в ванной, то вы открываете кран — когда кран открыт, то вы берете мыло — когда мыло в руках, то вы мылите руки и т. д. После длительной практики они в состоянии действовать по цепочке действий также и самостоятельно, но только до того момента, пока в цепочке не возникнет сбой: например, если при открывании крана не потечет вода. При появлении неожиданностей, люди с тяжелой умственной отсталостью зачастую не в состоянии ничего сделать, потому что их навыки решения проблем недостаточны. Они нуждаются в

инструктировании на протяжении всей жизни, так как невозможно заранее научить таких людей, как вести себя в случае всех возникающих в жизни проблем.

Люди с тяжелой умственной отсталостью могут успешно справляться с собой только с помощью хорошо структурированного дневного распорядка. Дневной распорядок дает им ясность в виде постоянно повторяющихся, узнаваемых ситуаций и конкретных правил. Неизвестность и отсутствие границ вызывает у людей с тяжелой умственной отсталостью много проявлений проблемного поведения, потому что они сами не в состоянии устанавливать себе границы и контролировать свое поведение. Также как и люди с глубокой умственной отсталостью, люди с тяжелой умственной отсталостью живут по принципу «здесь и сейчас». Неопределенные понятия, такие как «скоро», «позже», «в прошлый раз» и т. п. ничего им не говорят. Таким образом, им трудно охватить сразу целый день, хотя сообщение о том, «что произойдет дальше», будет им полезно.

Люди с тяжелой умственной отсталостью осознают себя как личность, развитие самосознания находится в начальной фазе, где образ своего «Я» найден, но он неустойчивый. Поэтому они всячески пытаются найти подтверждение себя самого, своего влияния и значения: «Я важен. Разве вы этого не видите?» Сознание собственной важности не имеет границ, и поэтому постоянно происходит преувеличенное предъявление своих желаний, мнений и намерений. Люди с тяжелой умственной отсталостью часто ведут себя упрямо, на каждое распоряжение или приглашение реагируют скорее противоположным образом. Здесь мы видим реакции, свойственные также и ребенку примерно трех лет. Очень часто человек с тяжелой умственной отсталостью даже не знает, чего именно он хочет, но совершенно определенно он не хочет того, что в данный момент предлагает или требует руководитель деятельности.

Общие правила инструктирования человека с тяжелым недостатком умственного развития:

- Используйте при общении простые предложения, конкретные слова, которые имеют отношение к повседневной жизни клиента. Избегайте продолжительных дискуссий, разъяснений и обоснований, он не может их понять.
- Не переоценивайте возможности вашего клиента. Даже если человек с тяжелым недостатком умственного развития очень красноречив, то это часто всего лишь приобретенный навык без глубокого понимания содержания.
- Поддерживайте словесные указания альтернативными формами общения (пиктограмма, фотография, жест).
- Создайте ему жизнь с конкретными границами и правилами, где все распоряжения-запреты были бы предъявлены ясно и однозначно. Если что-то запрещено, то это должно быть запрещено всегда. Люди с тяжелой умственной отсталостью могут впасть в замешательство, когда что-то происходит «иногда» или «время от времени».
- Организуйте окружающую его физическую среду, установите четкие границы и расписание по времени. Это поможет клиенту с тяжелым недостатком умственного развития понимать, где находится, и насколько велик его дом, куда ему можно или нельзя ходить, где его место и вещи.

УМЕРЕННЫЙ НЕДОСТАТОК УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ (IQ 35–40–50–55)

Уровень умственного развития человека с умеренной умственной отсталостью можно сравнить с уровнем умственного развития ребенка 4–7 лет. Когнитивное развитие находится на дологическом этапе, который характеризуется созданием связей между предметами и ситуациями на основе опыта, при этом делаются выводы, и они распространяются также и на другие ситуации. Формируется так называемая железная логика, когда один раз взятую в голову мысль невозможно ни сломить, ни изменить даже с помощью очевидных примеров и аргументов. Однако надо иметь в виду, что основой всех формирующихся у человека со средней умственной отсталостью связей и выводов является личный опыт и собственное тело. По большей части, для облегчения мыслительного процесса они должны одновременно совершать и физическое действие. Решение проблем происходит методом проб и ошибок, где, исходя из опыта, соблюдаются конкретные модели деятельности, например, при собирании пазлов мы можем увидеть, что человек со средней умствен-

ной отсталостью может выбрать деталь пазла наугад, не думая заранее, какие детали пазла было бы легче собрать для начала.

Люди с умеренным недостатком умственного развития часто активны, их легко мотивировать к участию в деятельности, но встречаются также и крайнее своенравие и упрямство в отношении определенных вещей, лиц или действий. Причина этого может скрываться в их прошлом. Людям с умеренным недостатком умственного развития трудно справиться с эмоциями, сопутствующими неудаче или критике, поэтому они могут полностью отказаться от некоторых видов деятельности, чтобы избежать определенных ситуаций.

Людям с умеренной умственной отсталостью полезно обучение академическим навыкам, их можно обучить цифрам, буквам, натренировать писать свое имя и подпись, складывать и вычитать, понимать, что показывают часы, и тому подобное. При общении с ними центральное место занимают разговоры и повседневные события. Они могут говорить и думать как о прошлом, так и о будущем, с ними можно говорить и о чувствах. Людей с умеренной умственной отсталостью можно привлекать к планированию их жизни и деятельности. Они способны принимать решения, понимать конкретные правила и брать на себя ответственность за простые действия. Тем не менее, часто существует большая разница между тем, что человек с умеренной умственной отсталостью говорит, и тем, что он действительно понимает. Кроме того, при их мотивировании как похвалу, так и санкции следует непосредственно связывать с их собственными выгодами и благополучием. Абстрактные последствия связать со своими действиями они не способны.

Общие правила инструктирования человека с умеренным недостатком умственного развития:

- Используйте предложения простой конструкции, избегайте продолжительных, многосоставных задач.
- Используйте для поддержки своей речи альтернативные формы коммуникации (например, пиктограммы).
- Всегда просите его повторить, что он должен сделать.
- Находите ему виды деятельности, которые позволяли бы испытать свои силы и предлагали бы возможность чему-то научиться.
- Избегайте постоянно хвалить его без причины.
- Оценивайте его объективно и с положительным оттенком.

ЛЕГКИЙ НЕДОСТАТОК УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ (IQ 50–55–70–75)

Уровень умственного развития человека с легкой умственной отсталостью можно сравнить с уровнем умственного развития ребенка 7–12 лет. Когнитивное развитие находится на этапе конкретных операций, где решение проблем происходит при помощи логического мышления. Мыслительный процесс происходит в голове и не требует одновременного действия или непосредственного испытания на практике: «сначала думаю, а потом делаю». При оценивании ситуации и собственной деятельности формируется способность видеть себя частью определенной группы: «правила распространяются на всех, значит также и на меня». Однако у людей с легкой умственной отсталостью не полностью сформировано абстрактное мышление, поэтому им трудно понимать абстрактные термины, двусмысленные шутки и иносказания. Зачастую людей с легким недостатком умственного развития склонны переоценивать, потому как они ловко и умело справляются со своей повседневной рутинной, но когда возникает новая и неизвестная им ситуация, тогда появляются и проблемы.

Люди с легким недостатком умственного развития способны жить самостоятельно, делать посильную работу и участвовать в интересующих их досуговых мероприятиях, но это возможно только при благоприятной окружающей обстановке, когда вокруг находится поддерживающая сеть — люди, которым они доверяют и к кому могут обратиться с проблемой или тревогой. Они способны выражать свою индивидуальность при выборе друзей, в проведении досуга, во взятии на себя обязательств и во многих других ситуациях. В отношениях они часто чрезмерно доверчивы, легко

поддаются чужому влиянию, наивны, и поэтому всегда есть опасность, что их могут использовать, или с ними будут плохо обращаться.

Люди с легкой умственной отсталостью творчески справляются с коммуникацией и общением, которые основываются не только на выученных навыках — имеется внутренний голос, которым они могут пользоваться. При общении с ними центральное место занимает так называемое реальное общение — взаимный обмен информацией и выслушивание друг друга. Людям с легкой умственной отсталостью для более глубокого понимания вещей часто требуются более подробные разъяснения инструктора. При этом тоже надо следить, чтобы разъяснения были бы ясными, конкретными и не слишком длинными. Тем не менее, человек с легкой умственной отсталостью способен запоминать новые слова и абстрактные термины, если кто-нибудь будет уделять время их разъяснению.

Общие правила инструктирования человека с легким недостатком умственного развития:

- При общении с клиентом давайте ему время, чтобы он находил правильные слова и высказывал свои разъяснения.
- Старайтесь избегать использования абстрактных терминов. Добавляйте новые понятия в его словарный запас по одному, объясняйте их смысл.
- В случае важных тем и ситуаций просите клиента повторять, что он понял.
- Поощряйте его делать выбор и принимать решения самостоятельно.
- Будьте ему опорой в новых и незнакомых ситуациях.
- Старайтесь завоевать его доверие в целях предупреждения возможного использования и плохого обращения.

Частота распространенности умственной отсталости составляет 2,5—3% населения, но 87% случаев относятся к категории легкой умственной отсталости.

5.4. Некоторые синдромы, которым сопутствует недостаток умственного развития

(см. также «Причины недостатка умственного развития»)

Синдромом называется совокупность признаков заболевания или типичное совместное проявление нескольких признаков заболевания. Наблюдаемые комбинации признаков заболевания во многих случаях характерны для определенной болезни или расстройства. Синдромов существует сотни, и признаком части из них является также и проявление умственной отсталости. Мы рассмотрим здесь некоторые синдромы, причины которых кроются в повреждениях и мутациях генов.

Синдром Дауна

Это наиболее распространенный синдром из тех, которым сопутствует недостаток умственного развития. Частота заболевания составляет один случай на 1000 рождений. Люди с синдромом Дауна составляют 33% от общего числа всех страдающих недостатком умственного развития. Синдром Дауна обусловлен хромосомным нарушением, при котором вместо 46 хромосом человек имеет 47. Уровень умственной отсталости при синдроме Дауна может весьма варьироваться, начиная от глубокой умственной отсталости и заканчивая случаями, когда наличие умственной отсталости весьма сомнительно.

В более ранней литературе говорится, что люди с синдромом Дауна долго не живут. Однако по мере развития медицины и системы социального обеспечения продолжительность их жизни все удлиняется. Тем не менее, существует закономерность, что в определенном возрасте всех страдающих синдромом Дауна постигает деменция, обусловленная в большинстве случаев болезнью Альцгей-

мера. С течением жизни внешность людей с синдромом Дауна не изменяется, однако это заканчивается чрезвычайно быстрым и резким старением.

Для синдрома Дауна характерны определенные внешние признаки: широко посаженные глаза, толстые губы, низкая граница роста волос, короткая шея, толстый, длинный и широкий язык, короткие толстые пальцы на руках и ногах. Этому синдрому обычно сопутствуют также и определенные соматические нарушения: пороки сердца и прочие сердечно-сосудистые заболевания, сухая кожа, подверженная вследствие этого воспалению, гиперподвижность суставов и слабый тонус мышц.

Схожие черты наблюдаются также и в поведении людей с синдромом Дауна. С одной стороны, они, чаще всего, радостны, любопытны и активны, их легко вовлечь в деятельность. С другой стороны, порой они могут проявлять крайнее упрямство. Это происходит, как правило, когда что-то изменяется в окружающей обстановке, и им приходится что-то делать не так как раньше, или же если деятельность им не нравится и не сочетается с их мыслями. В таких случаях с позиции силы почти невозможно убедить человека с синдромом Дауна изменить свое мнение или мысли, этого можно добиться только путем терпения, настойчивости и хитрости со стороны попечителя.

Синдром хрупкой, или ломкой X-хромосомы

Наряду с синдромом Дауна, это является наиболее распространенным хромосомным нарушением, вызывающим умственную отсталость. При этом хромосомном нарушении наблюдается мутация в одном плече X-хромосомы, вследствие чего оно и называется синдромом хрупкой X-хромосомы. Это нарушение передается наследственным путем, носителем нарушения является мать; у девочек синдром обычно не выражен. Люди с этим синдромом имеют обычно тяжелую или умеренную степень умственной отсталости.

Основные признаки синдрома хрупкой X-хромосомы проявляются, прежде всего, в определенных навыках и поведении человека. По сравнению с другими людьми с той же степенью умственной отсталости, у клиентов с данным нарушением наблюдается более широкий словарный запас и лучшая способность узнавать слова. Они способны запоминать выученные слова и фразы и воспроизводить их снова. Тем не менее, они не в состоянии творчески и спонтанно рассказывать. Бывает, что они говорят громко или слишком много, но их речь сбивчива. Другим основным признаком является аутическое поведение. Некоторые исследователи убеждены, что этот синдром является одной из форм аутизма. Тем не менее, другие исследователи утверждают, что это совершенно уникальное и не свойственное аутизму поведение. В качестве свойственных аутизму признаков называют реакции избегания и стереотипы.

Люди с этим синдромом часто застенчивы и пугаются социальных отношений. Они отклоняют как социальные, так и тактильные (связанные с прикосновениями) контакты, реагируя отворачиванием или напряжением тела. Кроме того, они избегают зрительного контакта, закрывая глаза или прикрывая их руками. Они также предпочитают быть в одиночестве, сами по себе. У них наблюдается неприятная и раздражающая привычка часто повторять определенные восклицания, слова или фразы. Кроме того, наблюдается аутическое поведение с повторением стереотипных движений, особенно бесцельных движений рук и помахиваний ими.

В отличие от аутистов, люди с синдромом хрупкой X-хромосомы не являются социально равнодушными. В зависимости от уровня недостатка умственного развития, они способны инициировать социальные контакты и демонстрировать большую заинтересованность в своих товарищах по группе, когда им грустно или больно. Кроме того, у людей с синдромом хрупкой X-хромосомы, в отличие от аутистов, более ровное и позитивное настроение. Они намеренно избегают зрительного контакта, в то время как аутисты часто не реагируют на зрительный контакт вовсе.

Существует теория, что поведенческие характеристики людей с синдромом хрупкой X-хромосомы обусловлены их большим социальным страхом. Избегание считают крайней застенчивостью, а стереотипное поведение и странную речь — стратегиями снижения напряженности, которую создают контакты. С другой стороны, считают, что синдром хрупкой X-хромосомы — это действительно форма аутизма, поскольку от аутизма его трудно отличить.

Синдром Прадера-Вилли

Признаки синдрома, при ближайшем рассмотрении, проявляются еще во внутриутробном периоде и включают, помимо прочего, низкую подвижность плода. У новорожденных детей проявляется недостаточность мышечного контроля, поэтому имеются проблемы с сосанием и глотанием. Вследствие этого в первые месяцы жизни их нередко приходится кормить через зонд, и в то же время они очень беспокойны. После первого года жизни наступает краткое время покоя, они много спят и кажутся прекрасными младенцами. Но, к сожалению, этот беззаботный период не длится долго. Вскоре становится очевидно, что в психомоторном развитии они далеко отстают от других детей своего возраста. Уровень умственной отсталости при синдроме Прадера-Вилли в основном легкий или умеренный.

Для синдрома Прадера Вилли характерны определенные специфические внешние признаки: узкий лоб, широко поставленные миндалевидные глаза, треугольный рот, очень маленький подбородок, недоразвитые половые органы, полнота и т. д. Другими характерными особенностями этого синдрома являются раннее детское ожирение и сильнейшее обжорство. Ненасытность является доминирующей чертой синдрома; она развивается между вторым и пятым годом жизни. Пища в этом случае является навязчивой идеей, и для ее получения годятся любые средства.

Только путем интенсивных тренировок люди с синдромом Прадера-Вилли могут освоить такие важные «вехи», как сидение, стояние и ходьба. Помимо этого, наблюдаются такие психические проблемы, как страх, сопротивление и вспышки гнева, избегание, в некоторой степени самотравмирующее поведение (расцарапывание ран), и, реже, психотическое поведение. Ключевые аспекты ухода связаны с диетой без жира и сахара и с ссорами из-за еды. Их приступы гнева при этом очень трудно останавливать.

Синдром Ретта

Синдром Ретта — это первазивное нарушение развития (см. «аутизм»), которое, прежде всего, влияет на социальное общение ребенка и проявляется в виде периодов регрессий. Частота этого синдрома составляет примерно 1:10000 живорожденных девочек. Этот синдром встречается только у девочек и проявляется в период от 7 до 24 месяцев. До этого развитие идет нормальным путем, ребенок учится ползать, сидеть, стоять, ходить и уже пользуется речью для вступления в контакт. Первая крупная регрессия обычно наступает в возрасте до двух лет, вследствие чего постепенно исчезает речь и снижаются моторные навыки. После этого состояние стабилизируется, но не полностью, а только до следующей регрессии. Так шаг за шагом происходит дегенерация, в результате которой теряются все навыки человека. В числе первых исчезают все навыки социального общения.

Синдром характеризуется формированием полного отсутствия интереса к окружающему, в том числе и к другим людям. Кроме того, пропадают целенаправленные движения рук, которые замещаются «движениями мытья рук», помещением рук в рот, похлопыванием и т. д. Наблюдаются одышка и/или задержка дыхания, судорожные припадки, вытекание слюны и высовывание языка. С возрастом увеличивается спастичность, и к 20 годам человек с синдромом Ретта уже, как правило, обездвижен. Мышцы атрофируются, могут возникать деформации суставов. Для человека с синдромом Ретта характерна глубокая умственная отсталость.

Синдром Леша-Нихена

Синдром связан с нарушением в X-хромосоме и недостатком дофамина. Наиболее известные функции дофамина в организме относятся к формированию моторики, мотивации и удовольствия. Наиболее характерной особенностью этого синдрома является глубокая умственная отсталость наряду с острым желанием наносить себе повреждения. Иногда аутоагрессивное поведение начинается еще в утробе матери — есть случаи, когда новорожденный рождался с пожеванными пальцами. Основной прием ухода за таким человеком — следить, чтобы он не травмировал самого себя. Часто к самотравмирующему поведению добавляется крик, нападения на других и повреждение вещей.

5.5. Аутизм

Аутизм относится к первазивным нарушениям развития. Это неврологические нарушения, которые влияют на способность человека общаться, понимать язык, играть, и быть связанным с другими. Аутизм можно разделить на первичный и вторичный. Симптомы первичного аутизма проявляются в возрасте до трех лет. Симптомы вторичного аутизма возникают после какого-либо неврологического повреждения, независимо от возраста. Аутизм встречается в 4–6 случаях на 10 000 рождений, у мальчиков в три раза чаще. Обычно с аутизмом связана и недостаточность умственного развития.

Кроме аутизма к первазивным нарушениям развития относятся атипичный аутизм, синдром Аспергера и синдром Ретта. В следующей таблице представлен обзор особенностей некоторых первазивных нарушений развития.

Таблица 2. Перазивные нарушения развития

Атипичный аутизм	Аутизм	Синдром Аспергера
неспособность к контактам	нарушения контактов или неспособность к контактам	нарушения контактов
отсутствие речи	расстройства речи и позднее возникновение речи	расстройства речи
моторные стереотипы	стереотипы поведения	особенные интересы
недостаток умственного развития	часто недостаток умственного развития	редко недостаток умственного развития
1/1 (мальчики/девочки)	3/1 (мальчики/девочки)	10/1 (мальчики/девочки)
6–7: 10 000	4–6: 10 000	10–20: 10 000

Хотя аутизм является неврологическим расстройством, причины которого связаны с центральной нервной системой, есть много людей с разными психическими расстройствами, у которых в дополнение к основному диагнозу наблюдается так называемое аутическое поведение. В этом случае речь идет о проявлении определенного количества характерных симптомов аутизма. Причины аутического поведения кроются прежде всего в несоответствующей потребностям человека физической и социальной среде. Как правило, это либо чрезмерно, либо недостаточно стимулирующая среда.

Симптомы аутизма

- Невозможность быть связанным с другими людьми, предметами и событиями.
Аутичные люди воспринимают других людей не как людей, но как объекты или инструменты. Например, аутист может взять своего попечителя за руку, чтобы попытаться с ее помощью открыть дверцу шкафа и достать конфеты. Он не думает, что эта рука — часть тела попечителя, а попечитель — тоже человек, которому может быть больно. Очень трудно добиться зрительного контакта с аутистом: он может смотреть в лицо, но при этом его, как правило, интересует лишь какая-то деталь лица. Аутисты не в состоянии понимать или интерпретировать эмоции и внутренний мир других людей. Как правило, аутист воспринимает лишь внешнее поведение людей, не связывая его с их внутренними причинами. Аутисты воспринимают физическую среду по-своему, они не могут оперировать абстрактными понятиями, и у них нет воображения.
- Расстройства ощущений.
Аутисты, как правило, плохо видят, но часто имеют очень хорошее обоняние. Поэтому аутичные дети склонны скорее понюхать все новое, чем рассмотреть. Они могут иметь очень странный слух — может показаться, что у них слух сильно понижен, потому что они не реагируют на громкие голоса рядом с собой, но в то же время они могут бурно реагировать на слабые звуки, которые мы еле слышим. Осязание аутистов также может быть расстроено — бывает гипо-

чувствительность (не чувствуют холода, тепла или боли) или гиперчувствительность (не могут терпеть ощущения одежды на теле и избегают всяческих прикосновений). Ощущения могут и подменять друг друга: например, аутисты могут закрывать глаза от слишком громкого голоса или закрывать руками уши при ярком свете.

- **Непредсказуемое и ритуальное поведение.**

Аутичные люди не видят мир в целом, как мы, но замечают лишь детали, и не в состоянии соединить их надлежащим образом. Кроме того, они не знают, как связать эти детали с реальной обстановкой. Мир, в котором они живут, представляется аутистам слишком большим и совершенно непонятным. Чтобы создать в этом мире хоть какой-то порядок и безопасность, они используют свои странные ритуалы и стереотипное поведение. Чувство уверенности возникает в них тогда, когда физическая среда вокруг них остается как можно более неизменной. Любые изменения в окружающей среде могут вызвать у них панику и острые реакции, которые близкие/работники интерпретируют как непредсказуемое и проблемное поведение.

- **Отсутствующая или затрудненная речь, проблемы с пониманием речи.**

Речь у аутистов обычно развивается поздно и остается специфичной. В некоторых случаях аутисты остаются неговорящими. После того, как речь сформировалась, ей свойственно быть эхообразной, затрудненной, монотонной, без мелодики речи. Вместо настоящего коммуникативного языка часто встречаются различные формы отражения и повторения, когда аутист просто механически и бездумно повторяет то, что услышал. Аутичные люди не справляются с установлением социальных контактов. Они не понимают невербальных сигналов от слушателя и не приспособливают свою речь к слушателю, к ситуации и к социальным нормам. Существуют серьезные проблемы и в понимании речи. Лучше всего аутисты понимают слова, которые имеют определенное значение, например, «дом», «стул» или «собака». Самые большие трудности представляют для них слова, смысл которых изменяется в зависимости от контекста и зависит от взаимоотношений рассказчика и слушателя.

- **Расстройства моторики.**

У аутистов, как правило, не бывает физических расстройств по видимой причине, но их поведение строится на основе стереотипов и рутины. Поэтому аутисты зачастую не готовы изменять свои привычки и сформировавшиеся поведенческие и двигательные модели. Вполне возможно, что аутисты будут продолжать ходить, так же, как когда они учились ходить: на цыпочках или враскачку. Кроме того, они могут брать определенные вещи неуклюжим захватом, как будто берут мяч. Могут возникать проблемы с использованием своего тела, потому что они не привыкли к тому, что оно выросло.

- **Странный интеллект.**

Аутисты могут развить особые навыки или знания в какой-либо конкретной сфере жизни. Как правило, это очень узкие, но чрезвычайно детальные знания, которые превышают как их собственный интеллектуальный уровень, так и уровень сверстников. Несмотря на свои исключительные навыки, в обыденной жизни аутисты остаются чрезвычайно беспомощными, потому что не могут применить свои знания к повседневной жизни. Часто можно встретить аутистов, которые помнят наизусть сотни телефонных номеров или знают огромное количество фактов, но не в состоянии самостоятельно завязывать шнурки или есть ножом и вилкой.

Интенсивность симптомов аутизма

Было обнаружено, что аутичные черты не проявляются в поведении человека все время в равной степени. Временами аутист способен лучше функционировать, выполнять необходимые действия и переносить присутствие других. Однако бывают и такие периоды, когда симптомы аутизма доминируют, когда все его поведение состоит из стереотипных движений, вынужденных действий или самостимуляции. Исследователи этой области выдвинули гипотезу, что «странное» поведение аутиста может быть для него единственным способом по-настоящему расслабиться и зарядить себя энергией. После интенсивной презентации аутичного поведения (отмечено на рисунке красным крестиком), этот человек более готов производить ожидаемые средой действия.

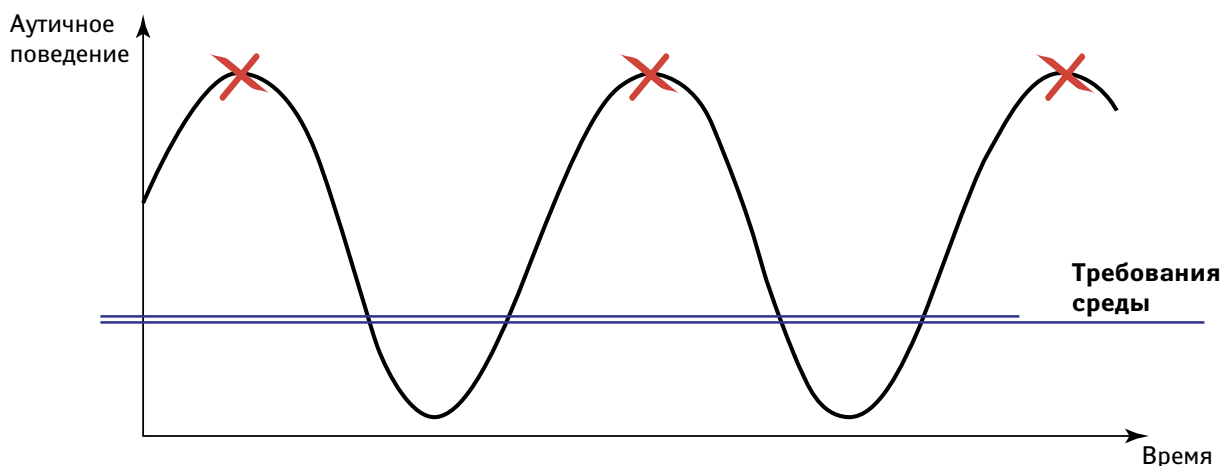


Рисунок 3. Интенсивность аутичного поведения

Если аутисту запрещать его стереотипные и компульсивные действия, он и в наилучшие моменты не сможет быть с нами, выполнять обычные для повседневной жизни виды деятельности, заботиться о себе, учиться или находиться в группе — потому что «зарядка аккумулятора» была неполной, и он должен все время повторять свой репертуар аутичного поведения.

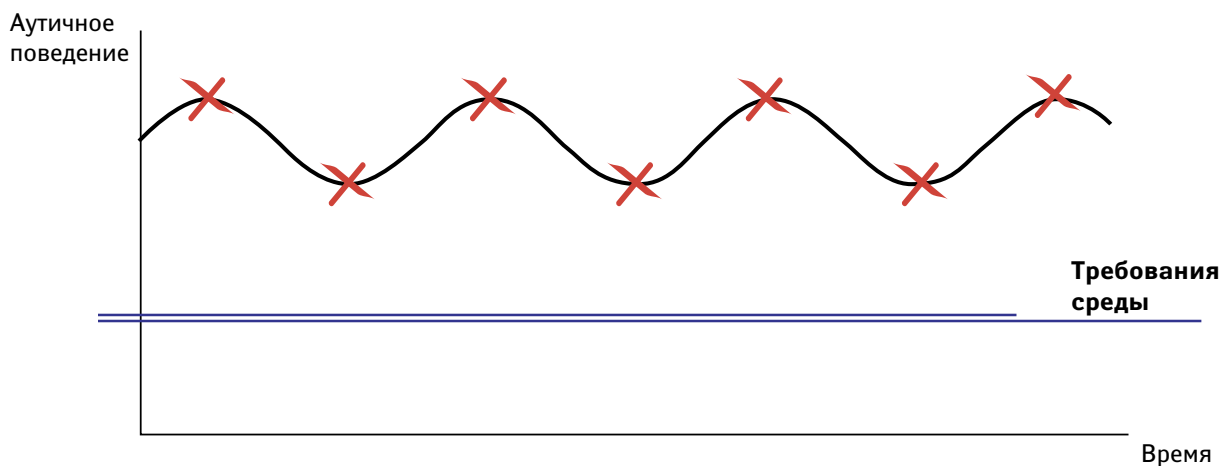


Рисунок 4. Интенсивность аутичного поведения в случае запрещения

Периодичность интенсивного аутичного поведения в каждом конкретном случае различна. Чтобы прояснить этот вопрос, необходимо наблюдать за человеком и картировать его поведение по дням, неделям, месяцам и годам. Когда интервал определен, вы можете составить для аутиста ежедневный и еженедельный план, где повседневная и учебная деятельность чередовалась бы с расслаблением и отдыхом в соответствии с его специфическими потребностями.

Формы аутизма

В зависимости от способности к социальным контактам и взаимодействию с окружающей средой, можно выделить три формы аутизма:

1. Отчужденные.
2. Пассивные.
3. Активные, но странные.

Определение формы аутизма помогает его родственникам и работникам лучше подготовиться к потенциальным проблемам в уходе за ним или его обучении. Краткий обзор различий между тремя формами аутизма дан в таблице 3.

При отчужденной форме аутисты самостоятельно не вступают в контакт с другими людьми, и добиться контакта с ними невозможно. Они избегают взгляда другого человека, отстраняются или уходят. Окружающая физическая и социальная среда не возбуждает в них никакого интереса. Они не желают исследовать предметы и пользоваться ими. Зачастую люди с этой формой аутизма вообще ничего не хотят брать в руки, но используют руки лишь для совершения стереотипных движений (размахивание, заламывание пальцев, щелчки пальцами, ощупывание себя). Все действия, осуществляемые по собственной инициативе, связаны с собственным телом, так как это единственное, что они замечают и понимают.

Люди с **пассивной формой** аутизма самостоятельно не вступают в контакт с другими, но с интересом наблюдают за окружающей их физической и социальной средой. При контакте с ними они смотрят прямо, не убирают руку и не отворачиваются. Их возможно вовлечь в деятельность. Людям с пассивной формой аутизма нравятся предметы, они хватают их, нюхают, кладут в рот и манипулируют ими. Человек с этой формой аутизма нередко сидит или ходит, держа в руках какой-либо предмет, который он постоянно потирает, закручивает, раскачивает или роняет.

При **активной, но странной форме** аутист замечает других людей вокруг себя, но в людях его в первую очередь интересуют разнообразные детали (цвет волос или тип прически, предметы одежды, части тела, обувь, употребляемые духи, движения и т. д.). Такие детали нередко становятся для аутиста средствами самостимуляции. Например, объектами его интереса могут быть все девочки с волосами, стянутыми в конский хвост, или со светлыми волосами, мужчины в длинных плащах или женщины на высоких каблуках. Такие люди идут на контакт спонтанно, причем, как правило, неприемлемым в обществе способом, например дергая за волосы, кусая, прыгая на шею, облизывая, ударяя, или даже делая странные словесные заявления. Целью контакта является все же не интерес к этому человеку, а самостимуляция.

Таблица 3. Формы аутизма

ОТЧУЖДЕННЫЕ	ПАССИВНЫЕ	АКТИВНЫЕ/СТРАННЫЕ
Зрительный контакт установить невозможно.	Сами зрительного контакта не ищут, но смотрят в глаза, если смотреть им в глаза.	С удовольствием смотрят людям в глаза.
Сами в контакт не вступают, и не желают, чтобы другие вступали с ними в контакт	Сами в контакт не вступают, но не против, чтобы другие вступали с ними в контакт.	С удовольствием вступают в контакт с людьми, но очень странным способом.
Интерес к окружающему отсутствует, не хотят исследовать предметы, брать их в руки или манипулировать ими. Все действия, прежде всего, связаны с собственным телом.	Интерес к окружающему имеется, обращают внимание на предметы, берут их в руки и манипулируют ими. Деятельность связана с тем, чтобы крутить, качать или ронять предметы.	Используют людей для удовлетворения своих желаний и в целях самостимуляции.

Определение формы аутизма становится чрезвычайно важным при работе с аутистами, демонстрирующими проблемное или сексуальное поведение. Сексуальность может быть источником многих проблем, и при проявлении сексуальности у аутиста окружающим приходится признать, что и в этом отношении его следует обучать определенным правилам и социальным нормам. Поскольку аутисты слабо чувствуют ситуацию, их поведение в социальных ситуациях может вызывать неожиданные реакции окружающих. К счастью, большинство аутистов проявляет довольно мало интереса к сексуальности. Это связано с нарушениями функций мозга, вследствие чего снижаются сексуальные желания. Тем не менее, в некоторых случаях имеет место противоположная реакция, и возникает сильное и неконтролируемое половое влечение.

6. СЛОЖНЫЙ НЕДОСТАТОК ЗДОРОВЬЯ

Сложным недостатком здоровья называется такое состояние, при котором у человека как минимум два недостатка здоровья.

Недостатком здоровья называют отсутствие или аномалию структур или функций организма, которые препятствуют нормальному развитию и/или функционированию организма или замедляют их. При описании сложного недостатка здоровья целесообразно выделять основной недостаток и сопутствующие недостатки, например: основной недостаток — недостаток умственного развития + сопутствующие — ограничение движений и недостаток зрения. Определение «сложный недостаток» не следует отождествлять с болезнью, хотя причиной сложного недостатка могут стать различные заболевания и расстройства.

Недостаток умственного развития часто обусловлен повреждением мозга или изменением его структур, что, помимо недостатка умственного развития, может вызывать также и другие расстройства и повреждения. Наиболее частыми из таковых являются:

- эпилепсия
- церебральный паралич
- сенсорные недостатки

Отдельно в данной главе рассматривается еще и посттравматическое повреждение мозга, которому часто могут сопутствовать многочисленные функциональные нарушения.

6.1. Эпилепсия

Эпилепсия — это хроническое заболевание нервной системы, признаком которого являются самопроизвольно возникающие и повторяющиеся эпилептические припадки. Другое название эпилепсии — падучая болезнь; термин старый, неточный и вводящий в заблуждение. Эпилепсия представляет собой нервное заболевание. Причина припадков — эпилептический очаг в головном мозге, дающий время от времени ложные возбуждающие сигналы, которые на короткое время прерывают нормальный процесс функционирования мозга, и возникает эпилептический приступ — или атака. Таким образом, атака обусловлена неконтролируемыми электрическими импульсами в мозгу. Группы нейронов образуют большие и малые электрические цепи, каждая из которых несет свою функцию. Нарушения связаны с электрической активностью нейронов, могут происходить их электрические разряды, которые распространяются по тканям головного мозга. При отсутствии контроля над этим процессом как раз и возникают эпилептические атаки. Раздражителями, провоцирующими эпилептические атаки, могут служить нарушения гормональной системы, разные заболевания, а также повреждения головного мозга. Стресс, завышенные требования, бездеятельность, страхи и переживания также являются факторами, провоцирующими эпилептические припадки.

У большинства больных эпилепсией приступы отмечаются еще в детстве, но у многих из них они впоследствии проходят. С помощью правильных лекарственных препаратов половина больных может полностью избавиться от приступов, а примерно третья часть эпилептиков может избавиться от приступов частично. Среди людей с недостатками здоровья эпилепсия наблюдается в 20—30% случаев.

Виды эпилептических приступов

Когда интенсивное возбуждение распространяется по всему мозгу, это вызывает **большой (развернутый) судорожный припадок**, т. н. *grand mal*. Он характеризуется внезапной потерей сознания и конвульсивными судорогами всего тела. Сопутствовать этому могут также кусающие движения, недержание мочи и кала. После приступа может отмечаться сонливость и инертность.

У людей, страдающих недостатком умственного развития, приступы *grand mal* могут случаться сериями, продолжающимися несколько длиннее обычного — примерно по 15–20 мин.

Если раздражение в мозгу распространяется лишь в ограниченной области, возникает **локальный приступ**. Он выражается в виде конвульсий отдельных частей тела; причем на сознание это может не влиять. Если источник раздражения находится в лобной или височной доле, человек может уже не контролировать свои действия — совершать ряд странных и необдуманных поступков, совершенно не сознавая этого.

Если источник раздражения находится в средних долях мозга, то возникают **малые эпилептические припадки**, т. н. *petit mal* или *absence*. Здесь имеют место нарушения сознания, длящиеся всего несколько секунд, заметить которые очень трудно. Однако среди людей, страдающих недостатком умственного развития, это не особо распространено.

Также встречаются и другие типы приступов, такие, как **кратковременная утрата тонуса**, из-за которой человек не может больше стоять вертикально, необъяснимое **ощущение боли** в различных органах или **агрессивность, беспокойство, всплески гиперактивности**, — частое явление при недостатке умственного развития.

Самые тяжелые и серьезные случаи — когда человек в промежутке между приступами не приходит в сознание. Такое состояние называется *status epilepticus*, и встречается оно относительно редко, при этом всегда требуется медицинского вмешательства.

Что может предпринять работник в случае большого припадка:

- Сохраняйте здравомыслие. Большинство приступов проходят сами собой, не требуя никакого вмешательства.
- Засеките время, чтобы в случае продолжительного приступа вызвать скорую помощь.
- Поддерживайте голову клиента, не допуская телесных повреждений от ударов.
- Никогда не пытайтесь разжимать больному челюсти.
- Не пытайтесь ничего вставлять ему в рот.
- Уложите больного на бок, чтобы ему было легче дышать.

Большинство страдающих эпилепсией способны жить почти обычной жизнью. Если приступы под контролем, то жизнь протекает без особых изменений. Окружающие близкие должны быть по возможности информированы об эпилептических приступах, что также является критерием качественной, полноценной жизни. Кроме того, они должны знать, как протекают приступы, и что им в таких случаях следует предпринимать.

Меры предосторожности в обращении с эпилептиками:

- При купании в бассейнах или открытых водоемах эпилептикам необходимо пользоваться спасательными жилетами. Инструктор должен постоянно держать клиента в поле зрения. Люди, подверженные приступам, должны надевать плавательную шапочку яркого цвета, чтобы быть более заметными.
- Нужно иметь в виду, что спровоцировать приступ нередко может *скопление искрящихся световых бликов* (от воды, телевизора, светомузыки и т. д.). В таком случае подобных видов активности следует избегать.
- Тем людям, с которыми эпилептические приступы случаются часто, и которые во время приступов могут беспомощно падать на пол, рекомендуется носить защитный головной убор. Пол следует покрыть мягким материалом; мытье в ванне лучше заменять принятием душа.
- Обеспечьте клиенту правильный *лечебный режим*. Ключ к уменьшению количества приступов кроется в подборе правильного лекарственного препарата. Назначенные лекарства следует

принимать регулярно и на протяжении многих лет. Лекарственные препараты оказывают, к сожалению, также и побочные действия, чаще всего это усталость и/или нарушения равновесия.

6.2. Церебральный паралич

Под выражением церебральный паралич или PCI (*Paralysis Cerebralis Infantilis*, Детский церебральный паралич — ДЦП) подразумевается поражение мозга, возникающее еще в период внутриутробного развития, а также при рождении или в первые два года жизни. Речь идет о состоянии, которое обусловлено поражением тех частей мозга, которые отвечают за способность человека управлять своими мышцами и телом. В дальнейшем на протяжении роста и развития пораженные участки мозга больше не изменяются, но всегда остается мозговой рубец. В зависимости от того, какие области мозга поражены, возникают различные расстройства опорно-двигательной системы. Могут наблюдаться также и недостаток умственного развития. Церебральный паралич является самой обычной причиной нарушений опорно-двигательной системы, встречающейся с частотой один раз на триста рождений. ДЦП выражается главным образом в нарушении физического развития, а задержка умственного развития наблюдается у 35% детей с ДЦП. Что касается распространенности церебрального паралича у людей с недостатком умственного развития, то известно, что он встречается у 10% лиц с легким недостатком умственного развития и у 20% лиц с недостатком умственного развития тяжелой степени.

Возможности классифицирования церебрального паралича

ДЦП по своей **природе / степени тяжести** подразделяется на *легкий, умеренный и тяжелый*. Легкая форма ДЦП не всегда может быть различима со стороны — внешне недостаток здоровья часто незаметен. Человек с легкой формой ДЦП в состоянии самостоятельно свободно двигаться, ходить, даже бегать и прыгать. Симптомы наблюдаются лишь при более детальном исследовании, когда, например, невролог отмечает асимметричный тонус мышц. При умеренном ДЦП человек также может самостоятельно передвигаться, однако часто возникает нужда в фиксаторе стопы, ортопедической обуви, фиксаторе запястья и т. п. вспомогательных средствах. В случае тяжелой формы паралич проявляется в настолько большой степени, что человек не способен самостоятельно двигаться; большую часть дня он проводит в постели или лежа на полу. Для передвижения он нуждается в инвалидной коляске, зачастую не будучи в состоянии самостоятельно ею управлять.

По состоянию тонуса мышц ДЦП можно разделить на *спастический, дискинетический* или *комбинированный*.

При спастическом ДЦП отмечается очень высокий мышечный тонус; мышцы ригидны и напряжены. Движения возможны, но они замедлены, напряжены, с маленькой амплитудой. Продуктивность движений и выносливость при деятельности невелики, сами движения — плохо координированы. Кроме того, легко возникают т. н. ложные положения (контрактуры) в верхних и нижних конечностях, которые еще больше ограничивают возможности движений. Спастическая форма ДЦП является наиболее распространенной.

Дискинетическая форма ДЦП характеризуется пониженным тонусом мышц, которому сопутствуют медленные, неконтролируемые движения. Имеют место постоянные произвольные, неестественные, извивающиеся движения — рук, ног, лица, языка; а также некоординированные глотательные движения. При данной форме развития человека идет очень медленно, люди часто не в состоянии даже научиться ползать или сидеть. Многие люди с дискинетической формой ДЦП никогда не обучаются говорить, у них часто затруднена глотательная функция, вследствие чего осложнен прием пищи.

При комбинированной форме высокий и низкий мышечный тонус могут варьироваться, что в свою очередь может обуславливать тугоподвижность вместе с произвольными движениями. К этому могут добавляться *атаксии* или недостаточная координированность произвольных движений. Это проявляется в тех движениях и видах деятельности, где требуется точность: у больных нарушено равновесие, ноги неестественно расставлены, руки дрожат, движения неуклюжи.

Самая распространенная возможность описания церебрального паралича основывается на том, **на какие части тела оказало влияние поражение мозга** (см. рисунок 5). Исходя из этого, ДЦП можно классифицировать следующим образом:

- **Спастическая диплегия.**
Наблюдаются поражения в обеих половинах тела, причем нижние конечности поражены в значительно большей степени, чем верхние. Часто нарушение выступает обособленно, не в комбинации с другими поражениями.
- **Спастический гемипарез.**
Здесь речь идет о поражении в одной стороне тела, в которое часто вовлекаются сенсорные функции — зрение, слух, осязание; к этому может присоединяться недостаток умственного развития.
- **Спастическая тетраплегия.**
В процесс вовлекаются все конечности, захватывая также лицо, шею и мышцы всего туловища. Также может присутствовать недостаток умственного развития, проблемы со зрением и эпилепсия.

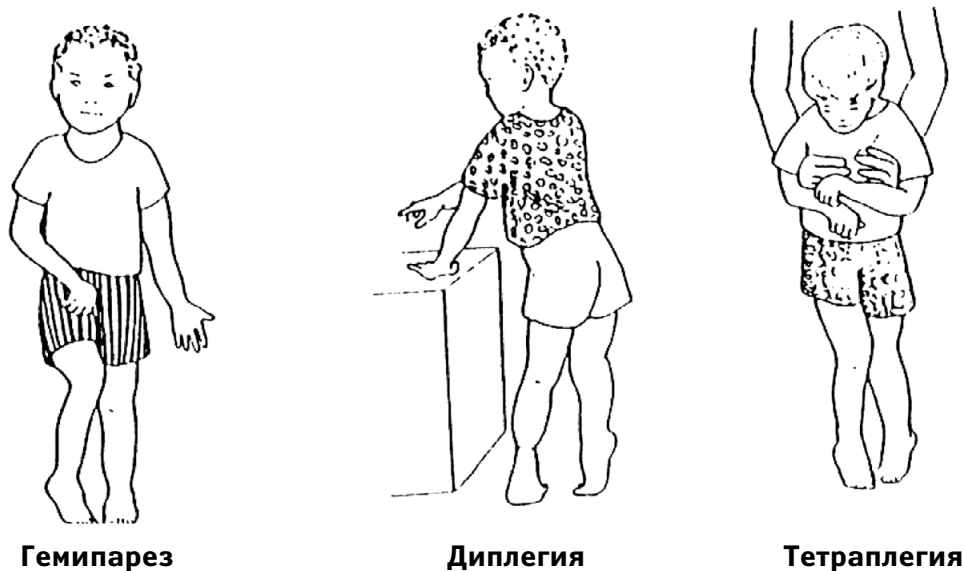


Рисунок 5. Классификация церебрального паралича согласно поврежденным частям тела

Общие принципы инструктирования человека с церебральным параличом:

- Не оставляйте человека без внимания в кровати, в инвалидной коляске или на полу.
- Желательны всевозможные движения конечностями, а также перемещения, ибо обездвиженные конечности становятся тугоподвижными, и в дальнейшем возможность деятельности человека еще больше ограничивается.
- В ходе занятий старайтесь, чтобы человек принимал как можно более нормальную позу.
- В течение дня старайтесь менять его положение, так как тело, все время пребывая в одном положении, устает.
- Всегда снаряжайте клиента назначенными врачом опорными приспособлениями и ортезами.

При инструктировании клиентов с церебральным параличом желательно исходить из техники и принципов NDT Bobath, чтобы нормализовать мышечный тонус и предотвратить контрактуры суставов (и сопутствующие им неправильные положения) (см. главу: «Основные приемы работы в повседневном уходе. Мануальное воздействие»).

6.3. Сенсорные недостатки

В контексте недостатков умственного развития в данной книге рассматриваются такие сенсорные недостатки, как нарушение зрения, нарушение слуха и слепоглухота. Под сложным недостатком подразумеваются случаи, когда недостаток умственного развития сочетается с упомянутым выше недостатком здоровья.

Нарушение зрения

Людей с нарушением зрения можно условно разделить на две большие группы:

- Люди с тяжелым нарушением зрения (слепые).
- Слабовидящие.

Среди людей с недостатком умственного развития нарушение зрения — обычное явление. Чем тяжелее степень умственной отсталости, тем чаще встречается и нарушение зрения. Среди людей с глубокой умственной отсталостью нарушение зрения встречается с частотой 40%. Среди всех случаев недостатка умственного развития нарушение зрения встречается у 10% людей. Чем выше степень недостатка умственного развития, тем сложнее человеку использовать оставшийся потенциал своего зрения и компенсировать свой недостаток здоровья. Если человека не активизируют (если с ним недостаточно занимаются, не находят вспомогательных средств, с помощью которых он мог бы выражать себя, воздействовать на окружающую среду), то существует большая опасность того, что он замкнется в себе и станет еще более пассивным. Равно, как и чрезмерная опека и постоянная готовность ему услужить принесут скорее вред, чем пользу. Для людей, страдающих недостатком умственного развития и нарушениями зрения, большое значение имеет возможность практиковать тактильное изучение мира и своего тела, учиться видам деятельности, требующим физической активности, навыкам самообслуживания и ориентированию в окружающей среде. В работе с ними важно адаптировать физическую среду, чтобы она облегчала ориентирование и обеспечивала ощущение безопасности.

Общие принципы инструктирования умственно отсталых людей с нарушением зрения:

- Создайте для клиента неизменяемую физическую среду, где предметы всегда находились бы на своем месте.
- Пометьте места, которыми пользуется данный человек (его комната, кровать, место за столом для приема пищи и т. д.).
- Используйте материалы и подручные средства с разной текстурой.
- Обеспечьте в помещении достаточное освещение.
- В окружающей обстановке используйте контрастные цвета.
- Избегайте шума и помещений с гулким эхом.
- Четко обозначьте пути перемещения (например, разместите на стене отличающиеся материалы, липкую ленту, поручни).
- Учите клиента передвигаться, держась за предплечье сопровождающего и находясь на полшага сзади от него.
- Если врач пропишет клиенту очки, то Вы должны обучить его также и пользоваться ими.

Нарушение слуха

Слух — жизненно необходимая сенсорная функция, важная как для развития речи и коммуникации, так и для обеспечения безопасности. Практически каждому из нас знакомы кратковременные ощущения заложенности уха, связанные, как правило, с воспалительным процессом и в особен-

ности с обычной простудой. Они могут быть обусловлены легким временным падением слуха, так называемым *кондуктивным падением*, которое, к счастью, легко поддается лечению. Нарушения слуха можно классифицировать следующим образом:

- легкое нарушение слуха — такое нарушение, в случае которого речевое развитие не замедляется, но восприятие чужой речи часто затруднено
- среднее нарушение слуха — речевое развитие заторможено, но человек все-таки разговаривает
- тяжелое нарушение слуха и глухота — влечет за собой серьезные трудности с речью или даже ее отсутствие

Очень трудно диагностировать нарушение слуха у людей с недостатком умственного развития. На основе ряда исследований можно предположить, что тяжелое нарушение слуха наблюдается примерно у 8—15% людей с недостатком умственного развития. Один из факторов, который лучше всего компенсирует нарушение слуха — это интеллект. А поскольку умственно отсталые люди, как правило, трудно обучаемы, то проблемы со слухом в сочетании с недостатком умственных способностей перерастают в очень серьезный недуг. Многие проблемы со слухом имеют прогрессирующий характер и со временем еще более усиливаются. Нарушение слуха в детстве может во взрослом возрасте перейти в глухоту.

Дети с недостатком умственного развития, которому сопутствует нарушение слуха, могут в Эстонии проходить школьное обучение, специально адаптированное для детей со сложным недостатком здоровья. В соответствии со степенью недостатка умственного развития и степенью нарушения слуха предусмотрены варианты учиться читать по губам и говорить самому или же изъясняться на языке жестов. Многие люди с недостатком умственного развития пользуются слуховыми аппаратами, которые могут приносить пользу лишь тогда, когда аппарат усиливает звук, не искажая его слишком сильно для конкретного человека.

Основные принципы работы с умственно отсталыми людьми, имеющими нарушения слуха:

- Перед тем, как дать распоряжение, удостоверьтесь, что внимание клиента направлено на Вас.
- Обеспечьте видимость ваших губ.
- Не повышайте чрезмерно голос. Если человек глухой, то Вашего крика он не услышит все равно.
- Обучайте его применять в поддержку речи жесты, упрощенные жесты, пиктограммы и фотографии.
- Если Вашему клиенту прописан слуховой аппарат, проследите, чтобы он его носил и батарейки заменялись вовремя.
- Если Вы должны сообщить клиенту важную информацию, делайте это в тихом помещении. Шумовой фон мешает слабослышащему.

Слепоглухота

Слепоглухота является отдельно рассматриваемым недостатком здоровья, в котором комбинируется нарушение зрения и слуха. Подобное сочетание недостатков здоровья настолько ограничивает человека и его интеграцию в окружающее общество, что от общества требуется компенсация вытекающих из этого недостатка здоровья ограничений путем оказания специальных услуг, приспособления обстановки и/или применения специальных технологий (технических вспомогательных средств).

В Эстонии насчитывается свыше 200 слепоглухих людей. Слепоглухота подразделяется на врожденную и приобретенную. Помимо этого имеются еще слепые, у которых присутствуют иные дополнительные недостатки, и во многих государствах (кроме скандинавских) их тоже причисляют к слепоглухим. Чаще всего слепоглухота обусловлена синдромом Ушера, но кроме данного синдрома существует еще около 25—30 различных синдромов, которые служат причиной слепоглухоты.

60—80% случаев слепоглухоты имеют генетические причины; причина остальных — несчастные случаи, воздействия ядовитых веществ, радиация и слепоглухота вследствие старости.

Большая часть слепоглухих уже рождается с пониженным слухом, к которому позднее добавляется снижение зрения. Слепоглухой может быть абсолютно слепым и абсолютно глухим, но в большинстве случаев у человека имеются остатки зрения, или остатки слуха, или и то и другое. Исходя из этого слепоглухота классифицируется на следующие разновидности:

- абсолютная слепота и абсолютная глухота (18,3%)
- абсолютная слепота с остатком слуха
- абсолютная глухота с остатком зрения
- слепоглухота с остатком слуха и остатком зрения (33,9%)

Труднее всего работать с людьми, у которых имеются остаток слуха и остаток зрения. Порой сложно понять, почему человек, обладающий остатком слуха и остатком зрения, не в состоянии использовать те возможности, которые у него имеются. Ясность в этот вопрос вносит понимание того, что у него зрение не может опираться на слух и наоборот. Здесь нельзя говорить отдельно о нарушении зрения или нарушении слуха, но оба эти недостатка совместно дают совершенно своеобразный недостаток здоровья — слепоглухоту. Посредством зрения мы получаем 85% информации; почти всю прочую информацию нам дает слух, и лишь незначительная доля информации поступает через другие органы чувств. Слепоглухой человек способен воспринимать ее только через тактильное осязание путем индивидуального общения.

Проблемы слепоглухих складываются преимущественно из трех составляющих:

- проблемы с восприятием информации
- проблемы с передвижением и ориентацией
- проблемы с общением и коммуникацией

Детям, страдающим этим пороком от рождения, очень трудно представить себе, что мир гораздо шире территории их досягаемости. Очень трудно познавать окружающую среду, не имея зрения и слуха. Между таким ребенком и его помощником должен установиться очень близкий контакт — это наиважнейший фактор, особенно в течение первых 3—5 лет жизни. Для каждого слепоглухого нужно выяснить, в каких именно вспомогательных средствах он нуждается (в слуховом ли аппарате, в средствах для передвижения и т. п.), и какой язык общения он в состоянии освоить (язык жестов, тактильный язык жестов, разговорная речь или что-то среднее из вышеперечисленного).

При работе со слепоглухим коммуникация есть основа всего. Даже выполнение физических упражнений базируется на общении. Слепоглухие должны иметь возможность сами описывать, что они чувствуют, а также сообщать, что непосредственно, в данный момент, произошло. Когда слепоглухой говорить не в состоянии, то следует всегда изыскивать способы контакта с ним, посредством которых он мог бы изъясняться с нами, давать нам знать о том, что он чувствует. При неумении окружающих уловить попытки контакта со стороны слепоглухого может сложиться впечатление, что он ни в чем не заинтересован. Вначале эта невидимая преграда может показаться очень плотной и непреодолимой, однако нужно при этом учитывать, что человек не может быть счастлив, если он не может общаться и не в состоянии поделиться своими переживаниями. Человек с приобретенной слепоглухотой имеет как правило в наличии какой-либо язык общения — либо словесный, либо язык жестов. Слепоглухие от рождения не имели возможности научиться языку.

При работе как со слепоглухими, так и с людьми с прочими тяжелыми комплексными недостатками здоровья и коммуникативными трудностями можно пользоваться одними и теми же методами. Для слепоглухого обучение коммуникативным навыкам длится настолько долго, что в этом процессе будут видны все этапы развития. Усвоение всего нового забирает много времени и энергии, а постижение мира и установление контакта требует больших усилий. Именно по этой причине слепоглухие уже в раннем возрасте отстают в развитии от своих сверстников. Может создаться

впечатление, что они как будто бы глупее сверстников; однако причина данного впечатления не столько в низком уровне интеллекта, сколько в их недуге, который препятствует восприятию информации, и, следовательно, развитию.

Общие принципы инструктирования слепоглухих:

- Слепоглухие никогда не учатся общению случайно. Поэтому занимающийся с ним работник должен обладать очень хорошими коммуникативными навыками и знаниями в этой области.
- При инструктировании слепоглухих работник должен уделять особое внимание активному использованию других органов чувств — обоняния, осязания и вкуса. В то же время не у всех людей с подобным недостатком здоровья имеются хорошая тактильная чувствительность, вкус и обоняние, поскольку многие синдромы, обуславливающие слепоглухоту, воздействуют и на эти органы чувств. В частности, могут быть поражены лицевые нервы.
- При инструктировании следует учитывать также и природу слепоглухоты (врожденная или приобретенная), принимать во внимание оставшийся процент слуха и/или зрения, а также то, стабильно ли это состояние или, наоборот, прогрессирует.
- Слепоглухота может быть ситуационной. Некоторые слепоглухие в подходящих условиях не являются таковыми — например, в хорошо освещенной комнате, где они могут общаться с 1—2 людьми. В том же человеке слепоглухота может проявляться, например, в сумеречном помещении, где много народу, или в лесу.
- В работе с такими людьми необходимо иметь специальные знания и междисциплинарный подход, привлекать других специалистов — врачей, психологов, физиотерапевтов, технических специалистов, родителей и т. д. Никто не знает ребенка лучше родителей и близких, поэтому работа все больше проводится в командах с их участием.

6.4. Посттравматическое повреждение мозга

Посттравматическое поражение мозга (ПТПМ) — это нарушение, связанное с травмирующим фактором, в основе которого лежит повреждение головы. После черепно-мозговой травмы могут развиваться различные нарушения. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) описывает их главным образом под рубрикой F06 «Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью» и F07 «Изменение личности и поведения при **болезни, повреждении и дисфункции головного мозга**».

Обычно между ПТПМ и явным проявлением признаков повреждения мозга проходит какое-то время. Первоначальная радость от того, что человек вообще остался жив, переходит в неуверенность за его будущее. Вскоре начинает приходить постепенное осознание того, что человек физически и практически будет теперь иметь ограничения, например, такие, как нарушение речи, бездвигательность, невозможность двигать рукой или ногой. В большинстве случаев человек с ПТПМ должен практически с нуля учиться всем основным повседневным навыкам. Наконец проясняется весь диапазон последствий ПТПМ. Меняется поведение человека. Он уже не в состоянии вести себя как прежде и может даже казаться совершенно другой личностью. Те виды деятельности, которые раньше воспринимались как нечто само собой разумеющееся, совершенно пропадают из повседневной жизни, исчезают прежние темы общения с другими. Всем чаяниям и ожиданиям, предшествовавшим травме, наступает конец; будущее теперь видится неясным и тревожным — как самому пострадавшему, так и его близким.

О человеке можно теперь говорить только либо в настоящем времени — каким он стал после травмы, либо в прошедшем — каким он был, так как перемены в его личности могут быть кардинальными. Воздействие ПТПМ на деятельность и поведение человека можно разделить на четыре части, согласно симптомам, связанным с различными психическими функциями:

1. Навыки, связанные с восприятием и мышлением.
Проблемы с памятью, трудности с организацией и планированием своей деятельности, ограниченные представления о себе и других в различных социальных обстоятельствах, ослабленное понимание пространства и времени. Трудности с восприятием собственного тела, с переключением и концентрацией внимания, с распознаванием предметов (агнозия). Снижена личная инициатива; наблюдается постоянная усталость и изнуренность.
2. Навыки коммуникации и общения.
Возникают трудности в подборе правильных слов (афазия), в их выговаривании.
3. Физические способности.
Наблюдаются частичный паралич, проблемы с координацией, возникают спазмы, движения вялые и замедленные.
4. Характер и поведение.
Появляются импульсивность, перепады настроения, пониженная переносимость фрустрации, постоянная нужда во внимании, заторможенное или стереотипное поведение, компульсивное поведение и депрессия.

Многие люди с ППТМ сами не воспринимают всерьез своего состояния; им кажется, что они сейчас быстро восстановятся и вновь станут здоровыми как прежде. Они заинтересованы в восстановлении утраченных умений и навыков (например, приготовление пищи, их прежние хобби), однако посттравматическое состояние их мозга во многом препятствует этому, и без посторонней помощи им не обойтись. Во всех случаях ППТМ главная цель заключается в полном или частичном восстановлении способности пострадавшего управлять своей жизнью, чтобы его существование вновь обрело значимость.

Основные принципы инструктирования людей с посттравматическим поражением мозга:

- Имейте в виду, что в личности пострадавшего таится два индивида. Это — человек со своими желаниями, помыслами и потенциалом, каким он был до несчастья, и человек, возможности которого сильно ограничены в результате повреждения мозга.
- Спокойно относитесь к тому, что человек с ППТМ не в состоянии полностью осознать свое состояние, и его собственные цели в отношении организации своей жизни могут существенно расходиться с реальными возможностями. Не стремитесь все время подчеркивать его ограничения.
- В выборе областей нового обучения и инструктирования пострадавшего всегда руководствуйтесь его жизненными приоритетами и целями. Даже если Вам кажется, что в данный момент нужно действовать по-другому.
- При инструктировании больше подчеркивайте умения и способности, которые у человека остались, а не его ограничения и проблемы.

7. КОМАНДНАЯ РАБОТА В СПЕЦИАЛЬНОМ СОЦИАЛЬНОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

Командная работа как метод организации предоставления услуг социального обеспечения широко используется в настоящее время.

Часто команда определяется как группа, членам которой назначены роли для достижения общих целей, которые учитываются в их взаимоотношениях. При создании команды, согласно базирующемуся на ролях определению, важно установление целей, распределение задач между собой и сотрудничество (Vadi 2001).

В специальном социальном обеспечении целью командной работы является обеспечение качества услуг, улучшение культуры обслуживания, а также более эффективное использование ресурсов. Командную работу в этой области характеризуют также точно оговоренные цели и методы работы, количество членов и распределение ролей. Например, команда из пяти руководителей деятельности может отвечать за оказание услуг по поддержке повседневной жизни вплоть до 75 клиентам. Выбор общей концепции метода организации командной работы осуществляется на основании требований закона и конкретных условий услуги. Важно, чтобы в команде клиенту был назначен ответственный координатор, чьей задачей является координация и документирование.

Соответственно своей организации и ее задачам руководитель деятельности может входить в разные команды. Ниже будет рассмотрена деятельность команд, непосредственно связанная с работой с клиентами. Кроме того, в своем учреждении руководитель деятельности может также принимать участие в деятельности, например, команды развития услуг и команды внутреннего аудита.

Распространенными типами команд в специальном социальном обеспечении являются:

- реабилитационная команда,
- ответственная сетевая команда,
- команда руководителей деятельности учреждения, предоставляющего услуги специального социального обеспечения

Реабилитационная команда состоит, по крайней мере, из пяти специалистов различных областей. Оценкой потребностей клиента и планированием для него реабилитационных услуг обычно занимаются врач-психиатр, медсестра психиатрического профиля, психолог, социальный работник, эрготерапевт, а также, в зависимости от потребностей клиента, логопед, специальный педагог, физиотерапевт.

Оказывающий поддерживающие услуги руководитель деятельности может приглашаться в качестве приближенной к клиенту ключевой фигуры. Ролью руководителя деятельности в таких встречах может быть, например, присутствие рядом с клиентом, ободрение клиента, объективное описание повседневной жизни клиента и уровня его способности справляться с повседневными делами, а также, при необходимости, отстаивание прав клиента (см. «Социальное обеспечение людей с особыми психическими потребностями»).

Сетевая команда состоит из членов сети естественного и профессионального окружения клиента. К сети естественного окружения клиента относятся, прежде всего, члены его семьи, а также другие близкие и важные для него лица из круга общения на работе, учебе или отдыхе. Сеть профессионального окружения формируется из профессиональных помощников, таких, как семейный врач, социальный работник местного самоуправления, психиатр, медсестра психиатрического профиля, руководитель деятельности и др. Сетевую команду формируют, если клиент имеет многогранные проблемы — нуждается в разнообразных услугах, в том числе нескольких организаций, и сам не в состоянии ориентироваться в системе. Создание такой команды обеспечивает последовательность мультидисциплинарной работы, позволяет разделять ответственность, гарантировать действенность обслуживания и оценивать эффективность вспомогательных мер.

В сетевой команде всегда назначается ответственный координатор, которым, как правило, является социальный работник МСУ (местного самоуправления), координатор реабилитационной команды или руководитель деятельности соответствующей компетенции из учреждения, предоставляющего поддерживающую услугу специального социального обеспечения. В отношении последнего Эстония также может поделиться хорошим примером — стоит отметить работу координатора услуги поддерживаемого проживания MTÜ Iseseisev Elu (НКО «Самостоятельная жизнь») и работу руководителей деятельности команды Таллиннского Центра Душевного Здоровья.

Сетевые команды проводят совещания для обмена информацией, которая необходима для достижения целей клиента и решения его проблем. Организуется общение и распределяются задачи. Клиент и/или его законный представитель всегда присутствует на этих совещаниях, совещания протоколируются и все участники получают копию протокола. Команды обычно встречаются как максимум один раз в месяц, и как минимум один раз в течение полугода.

Команда руководителей деятельности учреждения, предоставляющего услуги специального социального обеспечения. Естественной частью организационной культуры учреждения по предоставлению услуг специального социального обеспечения является применение командной работы. Существует хорошая традиция, что руководитель деятельности, делая свою работу, всегда входит в состав команды, задачей которой является, например, оказание услуг поддержки определенному количеству клиентов. У каждого руководителя деятельности есть так называемые собственные клиенты, за осуществление планов деятельности которых он отвечает. Рекомендуются, чтобы команда состояла не более чем из 12 руководителей деятельности, количество клиентов зависит от вида предоставляемой услуги. От руководителя команды ожидается знание сущности работы с клиентом и роли руководителя работ.

Опыт показывает, что ответственные руководители деятельности время от времени сталкиваются в своей работе с трудноразрешимыми проблемами. Эти проблемы важно обсудить в команде, а при необходимости и с руководителем работ или ответственным руководителем. Если, несмотря на это, выход из ситуации не будет найден, есть основание сообщить о проблеме ответственному органу (например, Департаменту социального страхования или местному самоуправлению).

7.1. Трудности в командной работе

Как правило, люди, нуждающиеся в услугах специального социального обеспечения, имеют многочисленные проблемы и испытывают трудности при отстаивании своих прав. Это, в свою очередь, составляет ряд вызовов осуществлению командной работы.

Ниже приведены некоторые примеры.

Неудовлетворительное сотрудничество между членами сетевой команды. Неудовлетворительное сотрудничество может проявляться в конфликтах или в изменении плана деятельности клиента без консультации с ответственным руководителем деятельности. В таких случаях членам команды следует проинформировать ответственного координатора, и всей командой совместно рассмотреть меры, которые могли бы укрепить сотрудничество. Ответственные команды могли бы предупреждать возникновение таких проблем путем совместного обсуждения и конкретных договоренностей, которые будут однозначно понимаемы всеми участниками.

Неудовлетворительные (недостаточные) ресурсы сетевого окружения. Дефицит ресурсов или компетенции сети профессионального окружения может привести к тому, что клиенты не получат необходимых им услуг. Ответственный руководитель деятельности в такой ситуации должен призвать на помощь свою находчивость и способность к импровизации и наилучшим образом использовать существующие возможности. Тем не менее, важно, чтобы руководитель команды был бы в курсе имеющихся проблем.

Роль ответственного руководителя деятельности понимается как замена других услуг социального обеспечения. Как окружение (например, близкие клиента, другие специалисты), так и клиенты могут возлагать на работу руководителя деятельности больше надежд, чем практически

осуществимо. Руководитель деятельности может сам оказать содействие появлению таких ожиданий, если не проинформирует и не разъяснит, что именно входит в круг его задач. Порой приходится давать разъяснения не только клиенту, но и другим членам сетевой команды. Руководитель деятельности не должен брать на себя задачи, превышающие его компетенцию, но следует передавать их специалистам сети услуг, которые обладают соответствующей компетенцией.

Цели не достигаются. Иногда бывает, что клиент и руководитель деятельности разочаровываются, потому что они не видят изменений или результатов. Причиной этого часто является нереальность целей, а иногда не обращается внимание на, казалось бы, небольшие, но важные позитивные изменения в состоянии клиента. обстоятельное формулирование планов и целей в сотрудничестве с клиентом и их обсуждение на совещаниях по поводу командной работы послужит предупреждению таких трудностей.

Противоречия ролей. Работа ответственного руководителя деятельности может включать в себя противоречивые роли. Например, руководитель деятельности может заметить, что из-за плохого самочувствия клиента без присмотра остаются дети, или внутрисемейные противоречия клиента приводят к ситуации, которая ставит руководителя деятельности в затруднительное положение. Такие сложные ситуации можно предупредить путем распределения задач в команде. Ответственный руководитель деятельности может сосредоточиться на работе с клиентом, в то время как на уровне местного самоуправления организуется уход за детьми или забота о потребностях остальных членов семьи.

Кризисы, связанные с обострением заболевания. Обострение симптомов заболевания клиента или ослабление способности к деятельности может привести к тому, что согласованная в ходе сотрудничества цель не будет достигнута. В худшем случае последует ситуация, в которой деятельность будут определять кризисы и острые стадии заболевания. Кризисы все же не должны направлять работу руководителя деятельности. На случай кризисов и для их предупреждения требуется специальная программа действий.

Неудовлетворительная (недостаточная) вовлеченность руководства. Проблемы некоторых клиентов могут быть настолько сложными, что они налагают высокие требования, например, к использованию времени, руководству работой, надзору или консультированию. Если руководство не понимает этого и не умеет поддерживать руководителя деятельности, выполнение задачи может оказаться невозможным.

Неудовлетворительная (недостаточная) вовлеченность клиента. Некоторые клиенты не заинтересованы в получении услуг. Причина этого может быть в том, что услуга не воспринимается как необходимая или сотрудничество с руководителем деятельности не является действенным. Развитие хорошего сотрудничества иногда может потребовать много времени, потому что некоторые клиенты не сразу хотят или не в состоянии сотрудничать. Создание отношений сотрудничества в этом случае является главной задачей командной работы, и для достижения этого может быть необходимо руководство работой или надзор. Если сотрудничество с клиентом, несмотря на все это, все же не складывается, есть основание рассмотреть в команде вопрос о замене руководителя деятельности.

Неудовлетворительная (недостаточная) вовлеченность руководителя деятельности. Болезнь руководителя деятельности, отпуск или смена места работы — всегда тяжелое испытание для клиента. В таких случаях действует установка «незаменимых нет». Хорошо, если новый руководитель деятельности начнет работать заблаговременно, чтобы как можно меньше была нарушена непрерывность предоставления услуги.

7.2. Признаки успешной команды

Успешная работа команды несет в себе несколько важных признаков.

Очень точно определенные общие цели, которых хочет достичь команда

Постановка целей, то есть определение того, чего именно команда хочет достичь, является главным приоритетом при создании любой команды.

Цели указывают каждому члену команды направление деятельности, а также придают чувство собственной значимости и важности. Признаки хорошо сформулированной цели:

- При постановке цели важно, насколько точно мы в состоянии ее сформулировать. Чем точнее, тем лучше. Мы не можем двигаться в направлении чего-либо, если не знаем, что это такое. Уточнять нам помогает выражение желаемого конечного результата с использованием слов, выражающих опытное восприятие (что я вижу, слышу, чувствую ...).
- Важно, чтобы цель была изложена положительно, потому что легче двигаться к тому, чего вы хотите, а не к тому, чего не хотите.
- Цель всегда предполагает собственную активность. Цели, которые в первую очередь исходят из действий других людей, недостаточно сформулированы. Мы сразу натолкнемся на препятствие, если люди не будут реагировать таким образом, как хотелось бы нам. Целесообразно сосредоточиться на том, что я должен / мы должны сделать сами.
- Надо знать, какие ресурсы необходимы для достижения цели. Ресурсы могут быть внутренними (определенные навыки, опыт, эмоциональные состояния и т. д.) или внешними (помещения, инструменты, транспорт и т. д.). Важно выяснить, имеются ли эти ресурсы в наличии? Что нужно еще добавить? Как приобрести недостающее?
- Хорошая цель имеет подходящую величину. Если цель слишком большая, ее следовало бы разделить на несколько более мелких.

Роберт Дилтс создал модель, которую он называет **дорогой к достижению цели**.

В модели все шаги одинаково важны, и их надо предпринимать именно в том порядке, как они записаны.

Следующее практическое упражнение вы можете попробовать в своей команде.

Дорога к достижению цели

1. Поставьте перед собой в группе одну рабочую (организационную) цель.
2. Проведите клейкой лентой вдоль пола перед собой линию времени. Определите, в какой стороне находится прошлое, и в какой будущее. Ступите на своей линии времени на место настоящего момента и двигайтесь с командой вперед по линии времени в будущее — в то место, где вы достигнете своей цели.
Как только вы нашли на своей линии времени место в будущем, где произошло достижение цели, то произнесите вслух громко, кто вы такие / кем вы являетесь: «Мы» (самоидентификация).
3. Сделайте один шаг назад в сторону настоящего. Ступайте спиной к настоящему. Как вы думаете, чего вы достигли в этот момент, в одном шаге от достижения вашей цели? Какое убеждение помогло вам достичь своей цели? Какие они, эти ценности, которые помогут вам сделать последний шаг? Сначала группа обсуждает, а затем лидер записывает эти убеждения на лист бумаги — общее время 10 минут.
4. Придерживаясь этих убеждений и ценностей, сделайте шаг вперед — до точки, где вы достигли своей цели, и скажите, были ли это именно те убеждения и ценности, которые привели вас сюда?
5. Сделайте два шага назад в сторону настоящего. Какие у вас были навыки, которые помогли достичь цели? Группа обсуждает, а лидер записывает эти навыки на лист бумаги — 10 минут времени.
6. Возьмите эти навыки с собой и вернитесь обратно к точке цели. Были ли это именно те навыки, которые помогли вам достичь цели?

7. Сделайте 3 шага назад в сторону настоящего. Какие действия вы должны произвести, чтобы они привели вас к достижению цели? Группа обсуждает, а лидер записывает — общее время 10 минут.
8. Возьмите эти действия и двигайтесь к точке цели. Были ли это именно те действия, которые помогли вам достичь цели?
9. Сделайте четыре шага назад в сторону настоящего (спиной). Что вы должны изменить в своей среде для того, чтобы достичь своей цели? Какие небольшие изменения нужно внести в организацию процесса?
10. Возьмите эти изменения и вернитесь обратно к точке цели. Произнесите вслух громко, кем вы будете являться при достижении цели. Это ваша самоидентификация. Какие у вас ощущения?

Ось времени: Прошлое.....Настоящее.....Будущее

Дорога к достижению цели:

Настоящее.....Цель

Шаги по дороге:

Среда----действия----навыки----убеждения, ценности----цель

Распределение различных ролей в команде

Наиболее успешные команды характеризует не только уровень профессиональной квалификации людей, но и баланс людей с различными моделями поведения. Чем больше члены команды имеют взаимодополняющих навыков, способностей и стилей поведения, тем более эффективным будет их сотрудничество.

Одной из распространенных моделей является созданная в Великобритании М. Белбином модель ролей в команде.

Ролью в команде является предрасположенность вести себя в команде, участвовать в командной работе и взаимодействовать с коллегами определенным образом. В общей сложности имеется девять различных ролей в команде.

Роли, ориентированные на действие — создатель, реализатор, завершитель

Роли, ориентированные на людей — координатор, работник команды, исследователь возможностей

Роли, ориентированные на мышление — новатор, аналитик, специалист

- *создатель* инициирует изменения и хорошо справляется со стрессовыми ситуациями
- *реализатор* умеет переформулировать идеи в конкретные задачи
- *завершитель* очень старателен и ответственен, находит ошибки и недостатки, всегда соблюдает сроки
- *координатор* уверен в себе, хороший руководитель, разъясняет и поддерживает процесс принятия решений, успешно делегирует полномочия
- *работник команды* внимателен и тактичен, всегда умеет выслушать, строит отношения внутри команды, при необходимости старается договориться
- *исследователь возможностей* — это энтузиаст, коммуникабельный, исследует возможности, охотно устанавливает контакты за пределами команды

- *новатор* — это творческая личность с хорошим воображением, решает сложные проблемы
- *аналитик* обладает стратегическим мышлением, проницательный, видит все возможности, дает оценку
- *специалист* — целеустремлённый и инициативный, обладает выдающимися знаниями и навыками

Наиболее эффективными являются команды, где представлено большинство командных ролей. Поскольку каждый человек имеет от двух до трех предпочтительных ему командных ролей, то, зная людей и командные роли, легко создать эффективную команду. Каждой сильной стороне сопутствует и другая сторона — допустимая слабость. Это наименее предпочтительные командные роли, с которыми человек не может хорошо справиться и от которых полезно сознательно воздержаться.

Для размышления:

Какие роли вы распознаете в своей команде?

Какие роли предпочтительны для вас?

Хорошие взаимоотношения между членами команды и способность решать проблемы

Для того, чтобы люди на работе могли откровенно обсуждать свои идеи и проблемы, важным фактором является открытая и честная рабочая атмосфера. Эта открытость и честность начинается с руководителя.

Руководителям важно быть в состоянии помогать членам команды чувствовать себя достаточно комфортно, чтобы они осмеливались говорить о своих потребностях и желаниях.

Для налаживания работы в команде важно быстрое движение внутренней информации. Таким образом, важно, чтобы переданное одному человеку сообщение, которое предназначено для всей команды, действительно дошло бы до всех. Команда хочет быть в курсе важных решений и новостей, касающихся их работы и коллег. Средствами общения могут быть электронная почта, социальные сети, телефон и беседа лицом к лицу. Важнейшей частью общения является не только выбранное средство, но и приверженность каждого члена команды к регулярному использованию этих средств.

Как и в любой семье, в команде находят место и конфликты. Конфликтов не всегда надо остерегаться, иногда они необходимы и являются самым быстрым способом добиться желаемых изменений.

Вот еще одна модель, известная как беспроектная стратегия

1. Определите вашу проблему и неудовлетворенные потребности



2. Встретьтесь с коллегой, с которым возникло противоречие



3. Опишите вашу проблему и потребности



4. Послушайте, что вам скажет коллега



5. Найдите решение



6. Претворите свои решения в жизнь

Поддержка в команде является многомерной

Одним из важных факторов функционирования команды является внутрикомандная поддержка. Поддержка — это стремление всегда помогать друг другу с чем-либо справиться. М. Уэст говорит, что поддержка внутри команды является многомерным понятием и состоит из четырех типов:

- эмоциональная поддержка
- информационная поддержка
- инструментальная поддержка
- поддержка оценки

Тот, на чьем плече можно при необходимости поплакать, кто утешает и имеет к другим чувство сострадания, оказывает команде эмоциональную поддержку. Человек, который оказывает команде информационную поддержку, передает необходимую информацию другим членам команды. Человек, который *поддерживает деятельность*, является для команды инструментальной поддержкой. Последней категорией является поддержка оценки. Предлагающий эту поддержку член команды помогает другим понять конкретную проблему.

Команда работает успешно, если ее члены могут предложить эти типы поддержки.

8. ОБЩЕНИЕ И КОММУНИКАЦИЯ

8.1. Основы общения

Общение — это средство установления контакта с миром. Поэтому умение общаться относится к числу важнейших жизненных навыков. **Общению** дают разные определения. Одно из наиболее распространенных определений описывает общение как процесс обмена информацией между людьми, в ходе которого происходит взаимное восприятие и узнавание, а также актуализация социальных отношений. Сутью общения является **коммуникация**, создаваемая между двумя или более людьми при помощи вербального или невербального языка.

В работе с людьми с особыми психическими потребностями нередко приходится иметь дело с ситуациями, в которых возникают трудности с общением. В связи с этим нужно по-отдельности рассматривать элементы общения и осознанно применять различные стратегии.

Говоря об общении, необходимо выделить такой фактор, как навыки общения. Навык общения — это не есть свойство личности, которое либо есть, либо его нет. Один человек успешно общается с одним партнером по общению, другой — с другим. В работе с людьми с нарушениями психики важным моментом является именно обучение общению.

Следует отличать навык общения от навыка коммуникации.

Под навыком общения подразумевается умение правильно оценивать ситуацию и в зависимости от этого выбирать и использовать соответствующие средства общения (вербальные и невербальные).

Под навыком коммуникации подразумевается умение обмениваться информацией.

Вербальное и невербальное общение. Общение посредством слов называется вербальным общением. Все же остальные средства, кроме слов (интонация голоса, мимика, зрительный контакт, жесты, дистанция, а также внешний вид — одежда, украшения, прическа и т. д.) относятся к невербальному общению.

Существенно важными понятиями в общении являются язык и язык тела. Если при обучении языку объясняют значения слов, то в случае языка тела важно научиться понимать значение невербальных сигналов.

Как слова образуют предложения, так и сигналы языка тела в комплексе образуют определенные сообщения. Каждое движение можно уподобить некоторому слову, которое в зависимости от контекста может иметь разные значения. Движения образуют как бы предложения, условно говорящие о настроении человека и о его отношении к чему-либо.

Коммуникация — это процесс общения, в ходе которого происходит обмен информацией.

Основные элементы коммуникации:

- *источник* — инициатор сообщения, его отправитель
- *приемник* — получатель сообщения
- *средство* — канал (напр. другой человек, телевидение, радио, газета, книга, Интернет); от конкретного канала зависит точность и быстрота обмена информацией
- *сообщение* — извещение, знак, символ (напр. дорожный знак); содержанием сообщения является информация, форма может быть как письменной, так и устной
- *влияние* — изменение, которое происходит в получателе после приема информации, и то, как он истолковывает полученную информацию (напр. изменение в психике, сознании, поведении)
- *эффективность* — в какой степени исполнились намерения отправителя информации

- *шум* — встречающиеся при передаче и получении информации помехи, в том числе — *физический шум*, то есть воспринимаемый органами чувств (напр. автомобили, телевизор, радио), *психологический шум* (т. н. внутренние раздражители — усталость, предубеждения, внутренняя установка), *семантический шум*, т. е. непонимание сообщения (иностранные вывески, технические термины и т. д.)
- *обратная связь* — реакция на сообщение

Процесс общения

Общение можно рассматривать как определенный синтез, объединяющий в единое целое различные компоненты. Компонентами общения являются:

- Передача и получение информации — это указывает на тесную взаимосвязь между общением и коммуникацией, т. е. обменом информацией.
- Восприятие партнера по общению — процесс, в ходе которого партнеры взаимно воспринимают друг друга; у каждого складывается картина личности другого.
- Влияние на партнера по общению — в ходе общения постоянно происходит влияния на партнера, в результате чего формируется взаимное влияние, именуемое интеракцией. В большинстве случаев общение всегда происходит с определенной целью — например, направить чувства, поведение или деятельность человека в желаемое русло.

Влияние на партнера создает условия для функционирования компонентов общения, в результате чего происходят соответствующие изменения в поступках и взглядах партнера.

Процесс восприятия личности сложен. Он развивается быстро, и поэтому здесь часто возникают всякого рода искажения. В большинстве случаев мы видим, слышим и чувствуем в партнере то, что хотим видеть, слышать и чувствовать. Восприятие другой личности очень субъективно, в многом зависит от позиции и установки «воспринимающего». Подобные установки могут быть уже давно сформировавшимися — особенно это касается уже знакомых людей. При общении же с незнакомым человеком отношение к нему формируется достаточно быстро, за несколько секунд: иногда собеседник вызывает к себе нейтральное отношение (оставляет равнодушным), иногда — позитивное (завоевывает симпатию) или наоборот — негативное (внушает к себе чувство неприязни).

Уже однажды сложившееся негативное отношение трудно изменить, поскольку первое впечатление кажется очень близким к правде, и в дальнейшем человек считает свои первые мысли непоколебимой истиной.

Психологический контакт

В работе по специальностям, связанным с людьми, создание доверительных отношений с клиентом считается первостепенной задачей.

Психологический контакт — это позитивное отношение людей друг к другу, проявляющееся в процессе общения. То, как оценивают другого человека, зависит от того, насколько его воспринимают. Психологический контакт предполагает взаимное понимание и восприятие другого как приятную, безопасную, нужную и интересную личность. При этом нет места негативным чувствам, таким, как страх, гнев, антипатия, неприязнь, тревога и т. п. При хорошем психологическом контакте общение с обеих сторон протекает свободно и без напряжения.

Если понаблюдать двух человек в общении, то наличие или отсутствие психологического контакта обычно хорошо заметно. Наличие контакта проявляется в выражении глаз, дистанции общения, мимике, жестах и позах, а также в речи собеседников и в манере высказывания сообщений.

Психологический контакт как правило не возникает тогда, когда одна из сторон пытается доказать, что она — важнее и умнее второй. Или же наоборот — когда одна из сторон хочет показать зависимость от другой стороны, ведет себя робко, демонстрирует заниженную самооценку. Так или иначе, залогом психологического контакта является общение с одинаковых позиций.

Создание психологического контакта начинается со связи «глаза в глаза». Причиной отсутствия психологического контакта может служить одностороннее или взаимное негативное отношение, страх перед собеседником, желание что-то скрыть и т. п. Если партнер избегает взгляда другой стороны, то это — верный сигнал того, что по какой-то причине хорошего контакта достичь трудно, а то и невозможно. Зрительного контакта часто избегают те клиенты, которые очень встревожены или напуганы прежним неприятным (внутренним или внешним) опытом. Нужно уметь различать, в какой степени способность клиента к общению нарушена по сравнению с обычной. Многие клиенты имеют слабое понятие о своих ограничениях и возможностях. Хороший психологический контакт имеет определяющее значение в построении доверительных отношений, однако одиночные контакты — это еще не есть отношения. Создание отношений предполагает неоднократные контакты.

Техники общения

Наиболее эффективной техникой общения является **активное слушание**. Это подразумевает не только слушание слов собеседника, но и совместное размышление, перефразирование сказанного собеседником, отражение его чувств и эмпатию. Активное слушание — это вникание в суть сообщения и обращение внимания на то, как и с какой эмоциональной окраской собеседник выражает свои мысли.

Активный слушатель

- пересказывает своими словами то, что было сказано собеседником
- передает своими словами чувства, которые выразил собеседник

Элементы активного слушания:

Перефразирование представляет собой короткий ответ, в котором слушатель излагает своими словами суть повествования рассказчика. Это является некоей перепроверкой слов рассказчика, чтобы дать ему знать, что он правильно понят. При перефразировании существенно важно не исказить смысл слов, сказанных собеседником.

Клиент: «Эта болезнь у меня длится уже продолжительное время, но мое самочувствие все время одинаковое».

Перефразирование звучит так: «Хотя болезнь эта длится у Вас уже давно, она остается без изменений».

Отражение чувств собеседника представляет собой подведение итога выраженным им эмоциям. Выслушивая клиента, мы объединяем полученную разными способами информацию — зрительную, слуховую и чувственную — в единое целое и создаем общую картину его эмоционального состояния. Отражая чувства клиента, мы таким образом даем о них обратную связь.

Отражение чувств является по сути выражением чувств другого человека; жалобы его при этом остаются без ответа.

Клиент: «Никто обо мне не заботится, никому нет дела, что я нахожусь здесь, в доме призрения».
Отражение: «Вы выглядите очень подавленным».

В результате клиент отвечает на отражение и прекращает обвинять в своих чувствах других. Отражая эмоции клиента, важно понять, в какой момент и что нужно отразить, и как это лучше выразить.

Эмпатия. Это — способность сочувствовать переживаниям и нуждам другого. Эмпатия может означать употребление одной интонации голоса с клиентом, выражение печали, если клиент печален, и т. д. Эмпатия — это ответ на чувства клиента, которые он испытывает в данный момент и в данном месте.

Уровни общения

Для анализа отношений можно пользоваться разными методами. Одной из возможностей анализа общения в профессиональной работе по оказанию помощи является использование **структурного анализа Берна**.

Берн (2001) описывает межличностное общение при помощи эго-состояний. Он отмечает, что каждый человек располагает ограниченным набором эго-состояний, которые являются не ролями, но психологическими реальностями. Они подразделяются на следующие категории:

- эго-состояния, которые представляют образы родителей
- эго-состояния, которые автономно направлены на объективную оценку реальности
- архаические проявления, представляющие эго-состояния, которые зафиксировались еще в раннем детстве и сохранились до сих пор

В ситуации общения человек ведет себя, тем самым, на уровне эго-состояний родителя (Р), ребенка (Реб) или взрослого (В). Человек в общении не находится все время на одном уровне, но меняет уровни в зависимости от восприятия ситуации.

Уровень родителя в общении узнается из содержания речи и невербального поведения участника общения, через которые он стремится показать, что он выше другого, занимает более высокую позицию. Уровень родителя может выражаться двумя способами: злой родитель и хороший родитель. Злой родитель командует и сердится. Хороший родитель утешает, поддерживает и хвалит. Ребенок тоже может научиться использовать уровень родителя.

Уровень взрослого в общении проявляется в обращении с собеседником как с равным. На уровне взрослого обсуждают проблемы, говорят по существу, без лишнего выражения эмоций. По сравнению с уровнем родителя здесь нет попыток доминировать над другим при помощи средств общения.

Уровень ребенка может проявляться в общении двумя способами: равный ребенок и зависимый ребенок. При общении на уровне равного ребенка отношение к партнеру дружеское, как к равному. Уровень ребенка непременно связан также и с эмоциями. Человек, занимающий в общении уровень зависимого ребенка, принижает и умаляет себя по сравнению с партнером. Как правило, это происходит неосознанно: своими словами и невербальными сигналами он может выражать смирение, покорность, почитание, поскольку ощущает более высокую позицию другого. Если же позицию более слабого занимает осознанно, это можно назвать манипулированием.

Берн говорит, что каждый человек носит в себе эго-состояния, которые копируют эго-состояния его родителей (приемных родителей). Каждый человек когда-то был ребенком и носит в себе закрепившиеся с ранних лет представления и модели поведения, которые в определенных ситуациях могут активироваться.

Общение можно проанализировать при помощи изменений, с использованием уровней общения. Берн называет анализ поведения, реализуемого через эго-состояния, транзакциональным или структурным анализом, а единицу общения — транзакцией. Транзакции могут быть дополняющими или пересекающимися.

Дополняющие транзакции

Это способы общения, которые графически можно представить как параллельные. Если вести себя подобным образом, то разногласий обычно не возникает.

Р - Р

$R \rightarrow R$; $R \leftarrow R$ родитель-родитель и родитель-родитель. Обе стороны находятся на уровне родителя, принимают родительский уровень другой стороны и не подавляют друг друга. При таком общении в разговоре о проблеме используют высокомерный и всезнающий тон голоса, но с партнером ведут себя на равных. Та же схема применяется в ходе сплетен и пересудов.

Например: Работник всезнающим тоном говорит другому работнику: «Этот новый клиент не такой уж и хороший певец, как он утверждает». Другой отвечает: «Да, я знал его родителей, они тоже не могли выдерживать мелодию».

В - В

$V \rightarrow V; V \leftarrow V$

Оба партнера находятся на уровне взрослых.

Например: Работник другому работнику: «В котором часу сегодня начинается групповое занятие? Мне нужно знать, чтобы отправить клиента». Другой: «В два часа. Хорошо если ты сможешь кого-то отправить».

Реб - Реб

$Reb \rightarrow Reb, Reb \leftarrow Reb$

Оба партнера по общению находятся на уровне равных детей.

Например: Работник клиенту: «А не рвануть ли нам сегодня всем вместе на озеро на рыбалку?» Клиент: «Ох как здорово, конечно давайте пойдем!»

$P \rightarrow Reb, Reb \leftarrow P$

Если один из партнеров по общению относится к другому свысока (P-Реб), то от другого он ждет отношения подчинения.

Например: Работник: «Куда ты собрался идти, посмотри во что ты одет, одежда совсем грязная!» Клиент: «Ой, да, немножко грязная!»

Пересекающиеся транзакции

Пересечение транзакций означает, что одна сторона не принимает уровень, предлагаемый другой стороной. Пересекающиеся транзакции всегда вызывают непонимание и скрытые и явные конфликты.

$V \rightarrow V; P \leftarrow Reb$

Например: Клиент работнику: «Я пришел сказать, что Мари плохо себя чувствует». Работник: «Я тут не врач, чтобы приходить мне такое говорить!»

8.2. Люди с недостатком умственного развития и общение

Развитие речи

Речь начинает развиваться, как только человек появился на свет. Основой развития речи служит диалог, который происходит между ребенком и окружающими его взрослыми. Ребенок реагирует на свое окружение выражением удовлетворенности или недовольства, а взрослый учится понимать эти способы выражения своих чувств и истолковывать их.

Развитие речи и языка является важной частью общего развития ребенка, ибо посредством речи человек выражает свои знания, мысли и чувства, строит отношения. Биологически способность говорить не наследуется, но человек имеет биологические предпосылки этому научиться. Этими предпосылками являются нормально развитая центральная нервная система, неповрежденность органов чувств и периферических органов речи. Недостаточность их развития или повреждения могут обуславливать нарушения развития речи.

У детей, от рождения страдающих недостатком здоровья, наблюдаются существенные различия в развитии речи. Часть детей не отстает от своих сверстников в темпах общего развития, но в раз-

витии речи может произойти задержка. Причиной этого может быть недостаточность восприятия речи. Часть детей начинает говорить гораздо позже своих сверстников. Некоторые дети хорошо понимают разговорную речь, однако предпочитают изъясняться жестами, а другие усваивают произношение и использование тех или иных слов, но не понимают их истинного значения.

Все дети обладают врожденным стремлением к самовыражению, направленным на то чтобы завоевывать внимание окружающих. Исключением могут быть дети-аутисты.

Для того, чтобы научиться говорить, ребенок нуждается в собеседнике. Взрослые могут истолковывать даже и невнятно произнесенные слова и предложения.

Общение человека с недостатком умственного развития

Среди взрослых людей с недостатком умственного развития встречаются такие, кто весьма хорошо умеют общаться, невзирая на дефекты произношения или недостаток словарного запаса.

Правила общения диктуют, когда необходимо слушать, как нужно реагировать на сказанное, в каком ключе продолжать беседу и когда ее заканчивать. Эти нормы, как правило, всем известны, однако люди с умственной недостаточностью не всегда эти правила осознают, что создает трудности в повседневном общении.

Для тех людей с особыми потребностями, кто в силу различных причин не научился говорить или говорит плохо, существует возможность в качестве поддерживающего средства использовать альтернативные формы коммуникации, например жесты. Наиболее отработанной совокупностью жестов является жестовый язык глухих (кинетический язык). Для людей с трудностями в понимании речи можно использовать упрощенные формы кинетического языка. Для людей с тяжелой степенью умственной недостаточности предусмотрена система пиктограмм. В случаях еще более тяжелой умственной недостаточности можно применять предметную коммуникацию.

Особенности общения при разных степенях умственной недостаточности:

Люди с **легким недостатком умственного развития** владеют навыками грамматики и артикуляции. Некоторые из них способны прекрасно общаться в привычных для них условиях. Трудности могут возникать с пониманием и употреблением иностранных понятий, а также когда требуется абстрактное мышление, или когда они попадают в непривычную для них обстановку.

В речи человека с **умеренным недостатком умственного развития** часто проявляются упрощенные комбинации звуков и небольшие ошибки в падежах. В разговоре они обходятся короткими, простыми предложениями. Для них составляет трудность приспособлять свой привычный способ общения к конкретной обстановке, чтобы их поняли. При этом непонимание со стороны окружающих вызывает в них недоумение.

Люди с **тяжелым недостатком умственного развития** в состоянии справиться с привычной жизненной ситуацией и в привычной среде, и создается впечатление, что они понимают происходящее. Немаловажную роль в истолковании услышанного играет опыт, полученный ранее (знакомая мимика, жесты, интонации), поэтому может сложиться впечатление, что они хорошо ориентируются и в конкретной ситуации. Однако это не всегда так. Внимание человека с тяжелой степенью умственной недостаточности направлено главным образом на ключевые слова, а не на все сказанное. Слова и выражения, выходящие за рамки привычного им контекста или не обеспеченные поддержкой в виде знакомой ситуации, жестов или интонации, остаются для них непонятными.

Речь состоит из одиночных слов или коротких фраз, в которых обычно отсутствуют союзы и окончания. При произношении многие звуки заменены. В коммуникации большую роль играют интонация и жесты.

У людей с **глубоким недостатком умственного развития** понимание речи фактически отсутствует, однако они могут понимать краткие распоряжения, сопровождаемые жестами. Они реагируют на прикосновения, на настроение; на то, что им нравится и что не нравится — это и составляет основу коммуникации людей с глубокой умственной недостаточностью.

Люди с тяжелым и глубоким недостатком умственного развития понимают также и невербальную речь. Каким бы глубоким ни был недостаток здоровья человека, он всегда чувствует отношение к себе других людей. Невербальный язык понимают люди даже с самой глубокой умственной недостаточностью. Они улавливают интонацию голоса, ощущают прикосновение. Они слышат шаги и понимают, приближается ли к ним кто-то или удаляется. Даже человек с тяжелой умственной недостаточностью усваивает, относятся ли к нему как к кому-то значимому и обладающему достоинством, либо как к такому, о ком не стоит и заботиться.

В отношении людей с тяжелой степенью недостатка здоровья нет смысла говорить о какой-либо осведомленности относительно своего недостатка, но можно ставить вопрос о позитивном или негативном самосознании. Эта установка выражается в степени доверительности по отношению к окружающим.

Залог успешного общения с умственно отсталыми — знание их уровней коммуникации и понимание того, каким способом эти люди способны наиболее понятно себя выразить.

Уровни коммуникации:

Несимволический уровень. Это зрительный контакт, мимика, положение тела, использование помещения, смех, плач и т. д.

Досимволический уровень. Распознавание конкретных понятий при помощи визуальных средств: рисунков, объектов, простейших пиктограмм. Понимание местонахождения объекта, его формы и назначения. Применяются указание направления, жесты.

Символический уровень. Предполагает понимание значения символов и знаков (символы — это условно оговоренные знаки для общения), например, алфавита, письменного языка, знаков, пиктограмм, жестового языка и т. д. Этот уровень включает в себя также и абстрактное мышление.

Стратегии общения, направленные на построение отношений с клиентами, имеющими психические заболевания

Стратегии общения необходимы для того, чтобы устанавливать доверительные отношения с клиентом. Выбор стратегии зависит от когнитивных проблем, от навыков общения клиента, а также от степени его резистентности (от того, насколько клиент оказывает сопротивление использованию данной стратегии). В случае сопротивления следует взять на вооружение другую стратегию, более подходящую для клиента в данный момент времени.

Для общения с человеком, имеющим психические заболевания, можно использовать следующие стратегии общения.

Стратегия **избегания** означает, что руководитель деятельности поддерживает с клиентом определенную дистанцию, если клиент не готов еще к другим формам контакта. Руководитель стремится привлечь клиента к беседе на приемлемую тему. Если клиент от контакта отказывается, то констатируется и оценивается необходимость изоляции клиента. Основной акцент — забота о благополучии клиента.

При стратегии **облегчения** руководитель тоже наблюдает за клиентом, но концентрируется на его повседневной деятельности. В этом случае можно более активно задавать вопросы, однако следует избегать вопросов в форме «почему», поскольку это может спровоцировать клиента занять оборонительную позицию. Стратегию облегчения следует применять главным образом невербально, главной целью является создание благоприятной атмосферы. Работник всегда доступен и вместе с клиентом принимает участие в его деятельности — уборке, мытье посуды и т. д.

Стратегия **предоставления информации** предусматривает сообщение информации небольшими порциями и нейтральным тоном. Следует сознательно избегать ссылок на установленные нормы («ты делаешь это неправильно» и т. п.). Информация является важным условием для того, чтобы клиент мог контролировать свое поведение, справляться с окружающими условиями и принимать необходимые решения. Руководитель деятельности в данной функции играет роль консультанта.

Стратегия **поддержки** создает атмосферу доверия. Ключевые слова — понимание, дружелюбие, активная поддержка. Поддержка может осуществляться во многих разновидностях: практическая, социальная, эмоциональная. Клиенту предоставляется возможность шаг за шагом вступать в новые контакты или начинать новые виды деятельности. Руководитель деятельности исполняет роль консультанта, к которой добавляется еще и роль тренера и союзника.

Стратегия **открытого диалога** включает в себя искренность, открытость и уважение в отношениях с клиентом. Акцент ставится на открытости, ядром диалогов является открытое обсуждение. Руководитель деятельности рассматривает клиента и подходит к нему как к равному.

Стратегия **переговоров** означает, что стороны стремятся к тому, чтобы, образно говоря, «давать и получать». Переговоры предполагают взаимное доверие и исключают подход с позиции силы со стороны работника. Прежде чем приступить к переговорам, необходимо обучить клиента общению таким способом, который дает ему возможность приобретать опыт. Клиент узнает, что в мире царит принцип «давать-получать», и посредством этого становится более уверенным в себе. Кроме того, клиент может научиться и тому, что хотя другая сторона и имеет определенные права, которые следует признавать, это, тем не менее, не умаляет его статуса и возможности владеть ситуацией.

Убеждение имеет две стороны: убеждение путем переговоров и убеждение при помощи давления. В первом случае клиента возможно вдохновить на какие-либо поступки или же внушить веру в его умения и способности. Во втором — работник пытается воспользоваться позицией силы (его роль и знания), чтобы задать клиенту желаемое направление. Подобная тактика может иногда являться необходимой для того, чтобы уберечь клиента от ошибок.

Навязывание можно сравнить с борьбой. Создается острый дефицит времени. Аргументом в пользу данной стратегии может служить критическая ситуация, когда возбуждение клиента достигло недопустимого уровня и представляет опасность как для самого клиента, так и для окружающих.

Убеждение и навязывание не считаются пригодными для повседневной работы стратегиями общения, так как это является оказанием давления на клиента с использованием позиции силы.

Общие рекомендации по общению с клиентами, имеющими психические расстройства

При общении с людьми с особыми психическими потребностями необходимо рассматривать все основные элементы коммуникации и думать о том, какое звено в цепи коммуникации является слабым и чем характеризуется это слабое место.

Большое значение имеет **содержание сообщения** — передано ли оно такими знаками, которые получатель может понять. Важно учитывать также и **шум**. По причине семантического шума человек с особыми психическими потребностями может не понять формы сообщения (проблемы с языком, незнание слов), по причине психологического шума у работника могут иметься ранее сформировавшиеся установки в отношении определенных клиентов («навешивание ярлыков» на клиентов с психическими заболеваниями).

Нельзя упускать из виду также наличия сенсорных недостатков (слепоты и глухоты) у людей со сложным недостатком здоровья. Эти функциональные нарушения также, помимо уровня умственной недостаточности, являются нарушающими коммуникацию факторами, и следует находить возможности поддерживать эти функции.

Если клиент имеет психическое заболевание или когнитивные проблемы, то:

- избегайте внешних помех
- если чувствуете, что клиент не понимает разъяснений, то показывайте наглядные материалы
- в единицу времени спрашивайте только об одной вещи или работайте только над одной темой
- предоставляйте время и место, чтобы клиент мог задать свой темп

- как можно меньше используйте метафоры
- говорите четко, сознательно задавайте открытые или закрытые вопросы
- открытые вопросы задавайте в случае глубокой по содержанию беседы, но имейте в виду, что клиент может испытывать затруднения с ответами на открытые вопросы
- если беседа не развивается, задавайте закрытые вопросы
- отдавайте себе отчет о своем состоянии, не думайте, что клиент не видит или не чувствует ваших эмоций
- помогайте клиенту формулировать его страхи и держать их под контролем
- не прикасайтесь к клиенту без предупреждения
- не говорите так, чтобы клиент слышал вас, но не видел

Если у клиента деменция, то:

- подавайте о себе знак, приближайтесь к клиенту спереди и говорите ему, кто вы
- называйте клиента по имени — это поможет ему сориентироваться и обратить на вас внимание
- будьте конкретны — используйте короткие простые слова и не обременяйте клиента длинными разговорами и распоряжениями
- говорите четко и медленно
- одновременно задавайте лишь один вопрос
- терпеливо ожидайте ответа — клиенту может потребоваться время, чтобы понять вопрос
- давайте инструкции шаг за шагом
- избегайте выражений, которые приводят в замешательство, и неопределенных слов
- давайте четкие указания, чтобы клиент понимал, что и как он должен делать

9. СПОСОБНОСТЬ К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Способность к деятельности является той сферой, на которую при работе с людьми с особыми потребностями приходится обращать больше всего внимания. Целью работы руководителя деятельности является поддержание качества жизни клиента в самом широком смысле. Качество жизни человека тесно связано с тем, в состоянии ли он делать все то, что для него существенно важно, причем на необходимом уровне. Это дает ему возможность чувствовать удовлетворенность от своей деятельности и существования. Психические проблемы, недостаток умственного развития и другие расстройства/заболевания влекут за собой расстройства способности к деятельности. Вследствие расстройства способности к деятельности они нуждаются в инструктировании и поддержке со стороны. Лучшее понимание способности к деятельности помогает найти равновесие между самостоятельностью человека с расстройством способности к деятельности и его потребностью в поддержке.

Способность к деятельности — это способность человека справляться со своей повседневной жизнью дома, на работе и в свободное время, имея необходимые для этого задатки.

На способность к деятельности влияют три компонента: **совокупности видов деятельности, предпосылки к деятельности и среда.**

9.1. Факторы влияния на способность к деятельности: совокупности видов деятельности

Совокупности видов деятельности — это категории человеческой деятельности, которые характеризуют распределение видов повседневной деятельности согласно их целям.

Проще говоря, совокупности видов деятельности, или сферы деятельности, подразделяются на основании того, по какой именно причине человек делает что-либо. Исходя из цели, совокупности видов деятельности можно разделить на три части: *самообслуживание, трудовая деятельность и досуговая деятельность.*

Самообслуживание, или повседневная деятельность

Это наиболее важная, а также и наиболее интимная сфера деятельности человека. Для обозначения деятельности по самообслуживанию применяется международная аббревиатура ADL (*Activities of Daily Living*), что в переводе означает «повседневная деятельность», но считается синонимом самообслуживания, т. е. заботы о самом себе. В зависимости от важности и степени сложности деятельности ADL делится на две большие группы:

1. *BADL (Basic Activities of Daily Living)*, т. е. основные виды повседневной деятельности,
2. *IADL (Instrumental Activities of Daily Living)*, т. е. виды повседневной деятельности, требующие применения определенного средства или инструмента.

Основные виды повседневной деятельности (BADL) — это наиболее важные и наиболее интимные виды деятельности человека, выполнение которых дает ему независимость и чувство свободы от того, что он сам определяет свою жизнь. Сюда входит та деятельность, которая необходима для того, чтобы поддерживать свою жизнь, и которую в работе с клиентом нужно оценивать и поддерживать в первую очередь:

- прием пищи
- одевание
- пользование туалетом

- мытье (мытьё тела от шеи до пальцев ног)
- движение/перемещение (преодоление расстояний / перемена положения)

Несмотря на то, что это самые элементарные действия по уходу за самим собой, имеются различия в способах их выполнения. Отличаться могут частота, способ, очередность, структура их выполнения или применяемые приемы. Различия в выполнении определяются культурным происхождением человека, его привычками, обычаями, нормами и убеждениями.

Виды повседневной деятельности, требующие применения средств (IADL) тоже базируются на основной повседневной деятельности, но в этой группе она рассматривается шире. Для того, чтобы успешно справляться с жизнью, недостаточно только основной повседневной деятельности. Нужно справляться также и с такой деятельностью, которая требует больше общения, планирования и применения более сложных приемов работы. Если в группе BADL описывается, например, прием пищи, то в IADL в качестве деятельности рассматривается, например, приобретение и приготовление пищи. Поэтому сюда часто относят те более сложные виды деятельности, которыми необходимо владеть, чтобы полностью самостоятельно справляться с основной повседневной деятельностью. Для выполнения этих видов деятельности необходимо применять некоторые средства или инструменты и активно участвовать в происходящем вокруг.

Примеры видов деятельности, требующих применения средств:

- приготовление пищи
- посещение магазина с целью приобрести необходимое для приготовления пищи или поддержания в порядке дома/одежды
- накрывание стола, уборка со стола, мытье посуды
- пользование деньгами и планирование покупок
- смена одежды при необходимости
- хранение одежды в нужном месте
- стирка белья, глажка
- застилание постели, приведение в порядок своей комнаты и вещей, уборка
- элементарное общение со значимыми людьми, должностными лицами, пользование средствами связи
- пользование общественными услугами — общественный транспорт, социальный отдел, поликлиника и т. п.

Трудовая деятельность

К трудовой деятельности относятся все виды деятельности, которые входят в обязанности человека, или которые он расценивает как обязанности. Эти обязанности могут быть *обусловлены внешними факторами* (зарабатывание средств к существованию, требования родителя или учителя, деятельность, определяемая обществом/сообществом и пр.) или *взяты на себя добровольно* (воспитание детей, забота о животном, участие в субботниках и общественных акциях). Под трудовой деятельностью понимается не только работа по найму, но и деятельность, связанная с домом, проживанием, школой и учебой. Назначенная извне трудовая деятельность может казаться скучной и непонятной, но в то же время она предлагает и удовлетворение.

Выполнение трудовой деятельности помогает человеку достичь определенного социального статуса и укрепить свое самосознание. Трудовая деятельность включает важные для общества и производительные виды деятельности, которые, среди прочего, содействуют развитию и применению навыков индивида и его самореализации. Путем трудовой деятельности индивид может воплощать свои оценки ценностей, приобретать опыт компетентности и собственной значимости.

В аспекте времени наиболее существенная трудовая деятельность осуществляется во взрослом возрасте, потому что в этот период человек уделяет внимание заботе не только о себе, но и о других. Помимо этого, во взрослом возрасте индивид располагает максимальными психическими и физическими ресурсами для трудовой деятельности. С точки зрения развития человека содержание трудовой деятельности постоянно меняется. Маленький ребенок познает мир и самого себя посредством игры, так что игра для него — тоже трудовая деятельность. Цели деятельности значительно меняются, когда ребенок идет в школу: теперь основной трудовой деятельностью для него является учеба.

Досуговая деятельность

Эта сфера содержит виды деятельности, которые помогают человеку расслабиться и почувствовать себя хорошо. Одной из важных функций досуговой деятельности является так называемая подзарядка аккумуляторов. Досуговую деятельность можно описать при помощи трех ключевых слов: время, деятельность, настроение. Это свободное от обязанностей время, деятельность, которая не приносит экономической выгоды и не связана с повседневной жизнью. В это время можно заниматься чем-то просто для души. Соответствующие интересам виды досуговой деятельности должны позволять как «разрядить» себя, так и «зарядить», с целью больше и лучше успевать в других сферах деятельности.

Считается, что досуговая деятельность является даже более «истинным» способом самовыражения человека как индивида, поскольку она всегда добровольна и выбирается свободно. Одно из самых существенных ключевых слов, описывающих досуговую деятельность — игра. По своей сути истинная игра спонтанна, неконтролируема и неограниченна. У взрослых людей образуются свои границы и потребность в контроле, а игра больше связана с нащупыванием границ своих возможностей, с нахождением стилей общения и поведения, гибких решений для различных ситуаций.

В качестве досуговой деятельности рассматриваются осознание своих интересов, поиск/создание возможностей, приобретение средств, особенности проведения свободного времени в зависимости от пола, возрастной группы и принятых в обществе норм.

Говорится, что человек только тогда сможет ощущать, что его существование приносит ему наслаждение и удовлетворенность, когда совокупности видов его деятельности сбалансированы. В то же время баланс между совокупностями видов деятельности трудно поддается измерению.

Один из наиболее простых способов измерения — рассмотреть, сколько времени человек расходует на занятия каждой из совокупностей видов деятельности, т. е. какая доля дня/недели/месяца/года расходуется на работу и какая — на занятия досуговой деятельностью. В то же время, одной из мерок здесь всегда являются субъективные ощущения человека.

Жизнь нормально функционирующего человека должна в равных количествах содержать заботу о самом себе, работу и досуговую деятельность — он формирует свою жизнь так, чтобы она содержала все, в чем он нуждается. Нередко мы видим, что в жизни людей с психическими расстройствами или иными особыми потребностями одна или другая совокупность видов деятельности либо отнимает слишком много времени и энергии, либо отсутствует вовсе. Довольно часто приходится признавать, что, например, жизнь человека с психическим расстройством состоит только из бесконечного и бессмысленного досуга или же из неустанного исполнения навязанных или добровольно взятых обязанностей.

9.2. Факторы влияния на способность к деятельности: предпосылки к деятельности

Для того, чтобы человек мог действовать по возможности результативно, ему необходимы предпосылки к деятельности, т. е. внутренние способности и навыки.

Предпосылки к деятельности — это способности и навыки человека, которые, в различной мере и в различных комбинациях, необходимы для того, чтобы успешно справляться с совокупностями деятельности.

В каждом виде деятельности для достижения хорошего результата требуется применять много разных предпосылок. Предпосылки к деятельности делятся на три сферы: **сенсомоторные предпосылки к деятельности, когнитивные предпосылки к деятельности и психосоциальные предпосылки к деятельности**. Для того, чтобы лучше понимать, как человек совершает деятельность, необходимо очень хорошо знать эти сферы. Это поможет конкретизировать его сильные стороны и потребность в развитии и поддержке.

Сенсомоторные предпосылки к деятельности

Эта сфера описывает те способности человека, которые связаны с:

1. Переработкой информации, принятой центральной нервной системой, на таком уровне, чтобы человек мог эффективно действовать в окружающей его среде.
2. Функционированием мышечной и скелетной системы на таком уровне, чтобы совершать основные движения, необходимые для деятельности.

При работе в этой сфере с людьми с психическими расстройствами, недостатком умственного развития и сложным недостатком здоровья важно различать и точнее оценивать следующие поднавыки:

- ощущения (зрение, слух, обоняние, вкус, тактильная чувствительность и глубокая чувствительность)
- рефлексы (в случае повреждений центральной нервной системы могут препятствовать совершению деятельности)
- равновесие
- схема тела (ознание размеров тела, его протяженности, функций)
- тонкая и общая моторика (движения руки и тела)
- мышечная сила / выносливость
- подвижность суставов (или диапазон движений)
- координация (способность целенаправленно направлять движения)
- движение через центральную ось тела
- совместная работа двух рук
- совместная работа руки и глаза

Когнитивные предпосылки к деятельности

К сфере этих предпосылок к деятельности относятся способности и навыки, связанные с мышлением и обдумыванием. Понятие «когниция» в самом общем значении связано с приобретением и использованием знаний, т. е. с обработкой информации. Когниция играет важную роль почти во всех аспектах совершения деятельности, поскольку в ходе естественной деятельности человек всегда следит за собой, за достигнутым результатом, за средой; делает на основании полученной информации выводы и планирует дальнейшие шаги.

В этой области можно выделить следующие поднавыки:

- память (например, короткая и длинная память)

- восприятие (состояние, когда ощущениям сопутствует мыслительная деятельность)
- ориентация (во времени, в месте, в пространстве, в самом себе, в обстоятельствах, в деятельности)
- направление внимания (основная предпосылка для обработки информации на начальном этапе, до ее истолкования и действий, позволяет получить обзор ситуации)
- сосредоточение (важно рассматривать именно в разрезе видов деятельности)
- умение разрешать проблемы
- создание связей
- формирование целого из частей
- разделение целого на части
- логическое мышление (выражается в планировании деятельности и в стремлении действовать как можно более эффективно)
- обучаемость (способность к усвоению)

Психосоциальные предпосылки к деятельности

Эта сфера описывает умения и навыки, связанные с психикой человека и общением. Предпосылки, исходящие из психики, рассматриваются как внутренние ресурсы человека, которые позволяют ему справляться со стрессом и напряжением, со своими чувствами. Кроме того, эта область описывает то, что связано с убеждениями, взглядами и отношением к тому или иному.

Можно выделить следующие поднавыки:

- мотивация (движущая сила)
- настроение (общий уровень настроения)
- характер (личные качества, темперамент)
- образ своего «я» (отношение к самому себе)
- эмоции (какие эмоции выражаются, однотипные ли они или переменные, способность управлять эмоциями)
- соблюдение традиций, ценностей, норм
- навыки общения (начиная с того, чтобы замечать другого человека и выносить его рядом с собой, и заканчивая способностью к эмпатии)
- восприятие ролей
- навыки сотрудничества (связанные со способностью действовать в группе совместно с другими)

У людей с психическими расстройствами часто наблюдаются нарушения именно в когнитивных и психосоциальных предпосылках к деятельности. Им трудно направлять внимание и сосредоточиться на деятельности. Часто нарушена ориентация в самом себе, в обстоятельствах, в деятельности и в других людях. Кроме того, способности делать логические выводы и рационально решать проблемы зачастую мешают галлюцинации и бредовые идеи.

Для получения полной картины способности к деятельности крайне необходимо разделение как на совокупности видов деятельности, так и на предпосылки к деятельности. Это может показаться насильственным расчленением человека, поскольку внутренне мы понимаем, что человек — это единое целое, симбиоз внутренних навыков и предпосылок и их практического выражения в деятельности. При разделении на совокупности видов деятельности и на предпосылки к деятельности

мы ясно видим, что они тесно связаны между собой. В то же время, только разделение способностей и видов деятельности человека на части дает возможность с наименьшей вероятностью ошибки обобщать и находить истинные причины возможных нарушений способности к деятельности.

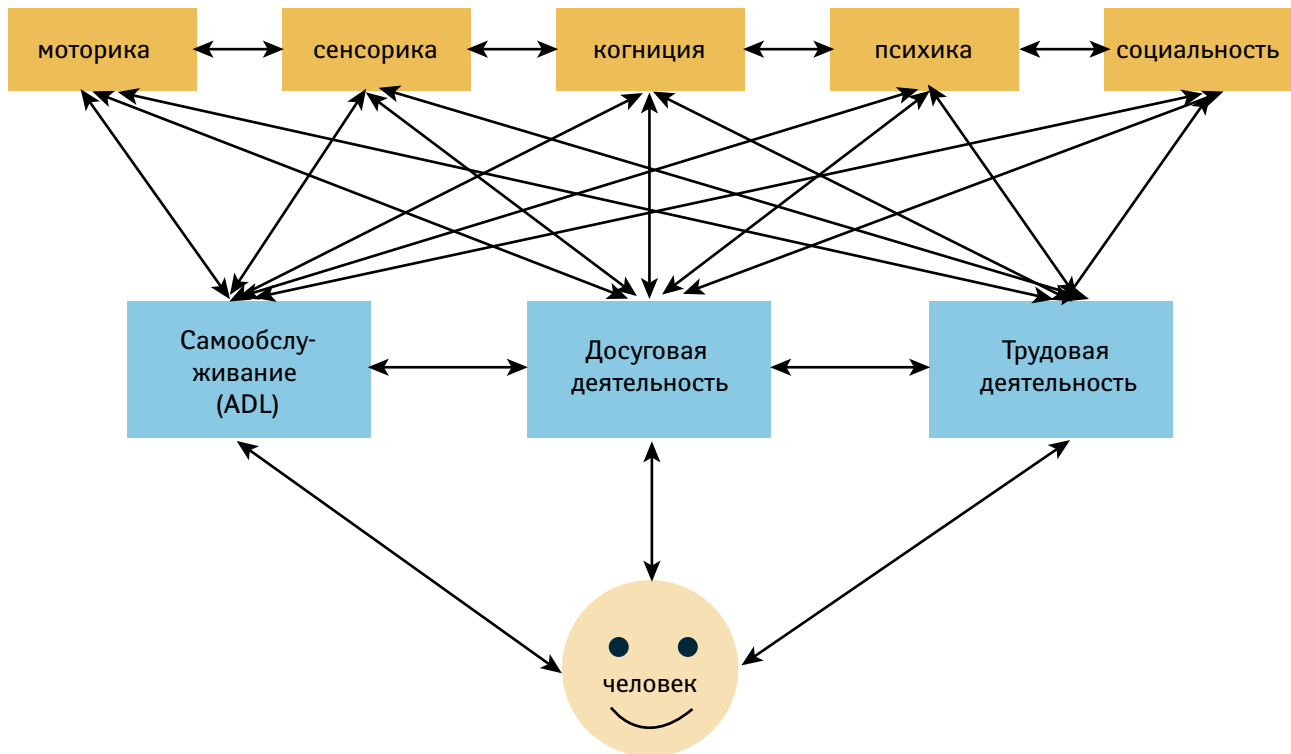


Рисунок 6. Взаимосвязь составных частей способности к деятельности

9.3. Факторы, влияющие на способность к деятельности: среда

Независимо от способностей человека, именно окружающая его среда со своими различными возможностями ограничивает/поддерживает совершение определенной деятельности и применение определенных предпосылок к деятельности, или даже требует этого. Деятельность человека невозможно рассматривать, не обращая внимания на окружающую его среду. Важно рассматривать среду в перспективе времени — прошлая, настоящая и будущая среда. Это значительно расширяет нашу способность понимать человека и способствовать его развитию. Среду можно рассматривать как состоящую из двух отдельных частей: физической среды и социальной среды. В некоторых подходах сюда добавляется еще и третье измерение среды: культурная среда. В то же время, культурную среду можно рассматривать как постоянно существующую и всегда находящуюся под влиянием физической и социальной среды.

Физическая среда

Включает в себя все, о чем нельзя сказать «человеческая среда». Состоит из трех частей: **природной среды, архитектурной среды и предметной среды.**

К **природной среде** относится все то, что, так сказать, существует, и на существование чего деятельность человека не может влиять непосредственно. Ландшафт, климат, время, природные объекты и места (деревья, кустарники, камни, водные объекты и т. д.). Воздействие окружающей среды на деятельность человека проявляется, например, в смене времен года, света и тьмы, в чередовании теплых и холодных периодов.

Архитектурной средой считаются рукотворные здания и сооружения, дороги и мосты — то есть все то, что выстроено человеческими руками.

Предметная среда состоит из предметов, вещей и средств, которые обычно располагаются в природной или архитектурной среде. Сюда относится все, в чем человек нуждается, и что он применяет для совершения важной для себя деятельности и достижения элементарного благосостояния.

Социальная среда

Формируется из окружающего человека сообщества и возникающих в нем человеческих отношений. Воздействие социальной среды на деятельность человека связано с усвоенными ценностями, сложившимся в ходе общения образом своего «я», привычками в общении, возможностями поддержки и т. д.

Культурная среда

Культурная среда описывает убеждения, традиции, обычаи и нормы, которые существуют в определенном культурном контексте и понятны членам этой культурной группы. Культурную среду можно подразделять весьма по-разному, потому что границы можно устанавливать на основе любых критериев: национальности, положения, вероисповедания, возраста, места жительства, и т. д.

При оценке жизненной среды людей с психическим расстройством следует, в первую очередь, проследить за соответствием **уровня стимуляции** потребностям целевой группы. Психическое заболевание является эмоциональным расстройством, которое протекает в виде психотических эпизодов. Пусковым механизмом психотических эпизодов часто являются эмоции (отрицательные или положительные). Поэтому физическая среда человека с психическим заболеванием должна быть максимально четкой и неизменной, как можно менее стимулирующей: нейтральные тона, мало раздражителей, твердый распорядок дня и определенная рутина. Люди с недостатком умственного развития должны иметь больше стимуляции, потому что это способствует обретению новых знаний. Но даже и в этом случае работник должен контролировать стимуляцию. В социальной среде большое значение имеют существующие отношения, их характер и воздействие на людей. При рассмотрении культурной среды следует, среди прочего, обратить внимание на отношение окружающих к людям с психическими расстройствами. При поддержке людей в различных видах деятельности следует, однако, знать, что человек часто представляет собой именно то, каковы его обычаи и привычки.

10. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Задачей руководителя деятельности является поддержка человека в целом. Это означает не столько заботу и уход за клиентом, сколько руководство и поддержку, чтобы клиент обрел способность как можно лучше самостоятельно справляться с жизнью. Поэтому в работе руководителя деятельности очень важно иметь понятие о различных видах деятельности и об их возможных целях. Зная это, можно подобрать для клиента именно ту деятельность, которая ему действительно полезна и является мотивирующей. Только целенаправленная деятельность действительно развивает человека.

Человек — активное существо, на развитие которого влияет именно целенаправленная деятельность. Далеко не все виды деятельности, которые человек выполняет в течение жизни, являются целенаправленными или значимыми. Есть виды деятельности, выполнение которых с течением жизни становится механическим (отключение утюга от розетки, закрывание двери на ключ, включение света в туалете, приемы вождения машины и т. д.) При выполнении этих действий человек редко задумывается над целью или процессом, поскольку необходимые движения стали рутинными, и деятельность не требует отдельного осмысления. В то же время цель деятельности никуда не исчезла, а перешла из сознания в подсознание. Такую деятельность можно назвать также *неосознанной*.

Целенаправленной деятельностью не является также и деятельность, навязанная извне, цель которой исполнителю не ясна, например, такая учеба, где нужно просто что-то учить наизусть, не углубляясь в содержание или значение. При этом неосмысленная деятельность нередко используется при лечении людей из различных целевых групп или уходе за ними. Хороший пример — клиенты, которые каждый день в дневном центре непрерывно распускают пряжу или методом проб и ошибок пытаются собрать пазл. Часто цель при этом имеется у работника — чтобы в случае проверки доказать, что деятельность идет, работа с клиентом ведется и т. п. В этом случае скорее можно говорить о *действиях или занятиях*.

В эрготерапии *сущность человека* приравнена к его деятельности. Деятельность помогает сохранить связь между *восприятием, телом и ситуацией* (см. рисунок 7). Данные исследований показывают, что в ситуации, где человек совершенно бездеятелен, быстро исчезают осознание ситуации и собственного органического существования. Эрготерапевты считают, что по сути деятельность поддерживает целостность человека.

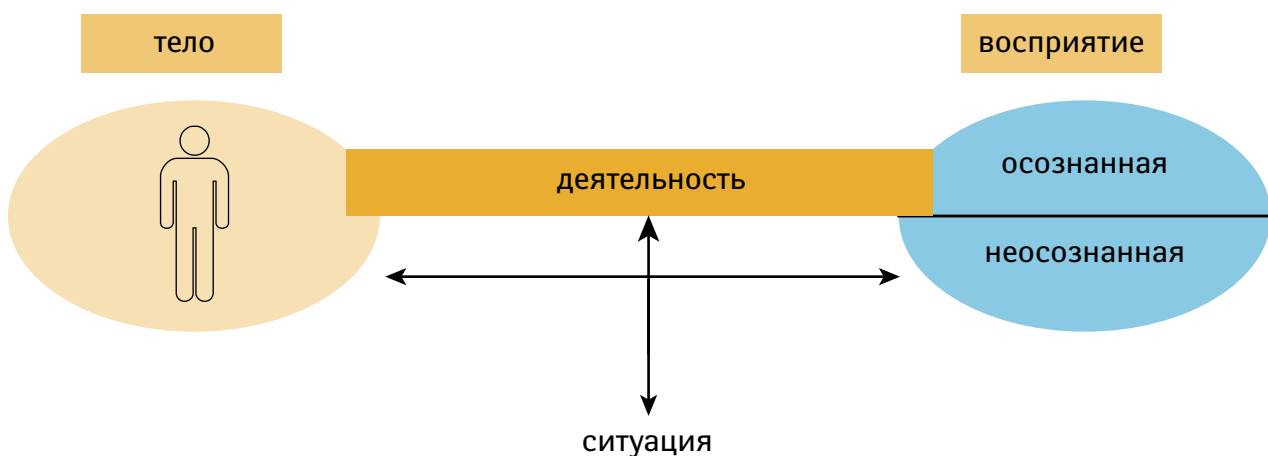


Рисунок 7. Связь деятельности с телом, восприятием и ситуацией.

Целенаправленная деятельность — это процесс, который требует использования разума и энергии и направлен на достижение заданного или желаемого результата.

Цель деятельности может быть связана с *процессом деятельности* (использование деятельности для снижения подавленности, для поднятия настроения и т. д.) или с *результатом деятельности* (тренировка конкретного навыка). Деятельность является целенаправленной только в том случае, если она отвечает культурным ценностям человека и его нуждам. Результатом целенаправленной деятельности не обязательно должен быть готовый продукт. Если же это все-таки так, то обычно процесс деятельности считается более важным, чем готовый продукт. Конечный продукт может стать значимым только в том случае, если он отражает или символизирует процесс деятельности (ведение дневника и т. п.)

Характеристика целенаправленной деятельности

- **Универсальная.**
Целенаправленная деятельность связана с самой жизнью, это такая деятельность, которая окружает нас все время и связана со всеми аспектами человеческого опыта. Это такая деятельность, цель выполнения которой связана с заботой о самом себе, с работой и отдыхом. Люди совершают целенаправленную деятельность на протяжении всей своей жизни; даже сон, в какой-то мере, считается целенаправленной деятельностью.
- **Развивающая.**
Целенаправленная деятельность в содействии с окружением требует комбинированного использования сенсомоторных, когнитивных и психосоциальных предпосылок к деятельности и дает возможность для их развития.
- **Целое, состоящее из частей.**
Состоит из элементов, которые можно распознать и изучить. Движение/движения, разные ступени деятельности, необходимые материалы и подручные средства, результат процесса, отношения, которые влияют на процесс и зависят от него, культурное значение, фактор возраста и пола и требуемые предпосылки к деятельности.
- **Холистический подход.**
Совершение деятельности может предложить человеку обширный опыт в различных областях: раздражающие факторы окружающей среды, мысли, чувства, ожидания, желания, движения, положения и т. д. С деятельностью связано много разных элементов. Приспосабливая их друг к другу, объединяя или заменяя, мы можем придать деятельности совершенно разные значения.
- **Возможность приспосабливаться.**
При изменении, удалении, добавлении или замене элементов деятельности можно упростить ее, усложнить, сделать более интересной или изменить так, чтобы она стала посильной клиенту.
- **Укрепление общения.**
 - а) усиливает невербальное общение с окружающей средой, вследствие чего подсознательные мысли и чувства попадают на тот уровень, где их можно анализировать и выражать.
 - б) помогает общаться с самим собой (выражение идей и чувств)
 - в) сотрудничество с другими
- **Поддерживание активности.**
Акцент на деятельности. Важно активное участие в деятельности (деятельность, а не разговор о деятельности). В случае некоторых целевых групп говорить о деятельности намного легче, чем совершать реальные действия. В случае правильно выбранной целенаправленной деятельности сама деятельность побуждает человека действовать, и говорить о деятельности больше не приходится.
- **Связь с физической средой.**
Целенаправленная деятельность происходит всегда только в подходящей для этого окружающей среде и требует конкретных средств. Физической средой можно манипулировать, приспособлять ее под себя, использовать ее возможности. В зависимости от характера деятельности, есть разные возможности манипулирования предметной средой, однако совершать

деятельность в вакууме невозможно. В то же время, опять же, далеко не вся только связанная со средой деятельность является целенаправленной.

- **Эффективная последовательность от осознанного к неосознанному.**
Обычно мы начинаем деятельность осознанно, чтобы что-то изучить или испытать. После освоения навыков мы не в состоянии больше объяснить, как это получается, можем только сказать, что мы сделали. Невозможно описать детально, как держать равновесие на велосипеде или как вязать равномерно. При привыкании к деятельности осознанная информация переходит в подсознание, однако считается, что при помощи целенаправленной деятельности можно достичь и обратного процесса, при котором человек получает связь со своим подсознанием.
- **Эффективная последовательность от реального к символическому.**
Каждое целенаправленное действие, которое происходит в реальности, имеет также и символическое значение. Символом может быть опыт, деятельность, вещь, образ, человек или слово, у которого вдобавок к обычному и общеизвестному значению есть еще и особые значения. В отношении символа можно говорить о его изображении, т. е. способе, которым его воспринимают (в виде деятельности, слова, картины, вещи), о его форме, т. е. структуре представления символа (что изображено) и о содержании символа, т. е. его значении для человека. Образующийся в ходе деятельности индивидуальный символ связан с уникальным опытом самого человека, с его мировоззрением, устройством жизни, самоидентификацией, а также с важными для человека людьми и вещами. Символическое значение целенаправленной деятельности действует в работе с клиентом как усилитель общения между подсознательным и сознательным уровнями человеческой психики. Символ помогает дать объективную картину ситуации и позволяет людям символически познать то, что в реальности не представляется возможным. В то же время нужно учитывать, что скрытый в деятельности символ может стать причиной неприятия человеком той или иной деятельности.
- **Эффективная последовательность от симулируемого к естественному.**
Целенаправленная деятельность может быть как симулируемой, так и естественной. Естественная деятельность происходит в привычных местах, в обычное время и осуществляется таким способом, который человек считает естественным или привычным. Симулируемая деятельность происходит в назначенное для этого время и в назначенном месте, с приспособлением для этого физической и/или социальной среды. В пользу симулируемой деятельности говорит возможность перенести приобретенное в естественную ситуацию (кулинарная практика на учебной кухне, чтобы человек смог бы позже приготовить себе дома обед).

Деятельность человека целенаправлена, если он знает значение и необходимость этого. Целенаправленной можно считать и ту деятельность, которую человек не совершает добровольно, идея и цель которой ему неясны, или которая представляет собой бессмысленную цепь повторений. Когда в работе с клиентами мы предлагаем деятельность, значение которой им не ясно, то можем достичь некоторого результата (клиент что-то делает), но работаем неэффективно (клиент не развивается).

11. СФЕРА РАБОТЫ И РОЛИ РУКОВОДИТЕЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Руководитель деятельности как название должности используется в специальном социальном обеспечении уже более десяти лет. Это название должности подчеркивает активное участие людей с особыми психическими потребностями в организации своей жизни и оказание профессиональной помощи согласно их потребностям.

Чаще всего подразумевается, что руководитель деятельности — это сотрудник, чья работа включает в себя инструктирование клиента в выполнении повседневных действий (одевание, умывание, прием пищи, посещение магазина, распределение денег и т. д.), выявление его интересов и поддержку занятий по интересам (кружки по интересам, хобби и т. д.).

Работа руководителя деятельности связана с различными областями. Необходимые для этой работы знания можно найти в области эрготерапии, медицины, психологии, педагогики, андрагогики, специального образования, социальной работы, работы по уходу и других. Основным содержанием этой работы является умение видеть потребность в инструктировании и применять для этого необходимые (обучение навыкам, инструктирование в использовании навыков, определение потребностей, и т. д.) и полезные (в нужное время делать правильный выбор) методы.

Должность руководителя деятельности. Руководители деятельности работают в учреждениях здравоохранения и социального социального обеспечения, которые специализируются на предоставлении услуг людям с особыми психическими потребностями.

Внимание уделяется активации клиента, планированию и осуществлению целенаправленной деятельности; учитывается посильность деятельности и ее влияние на общую способность самостоятельно справляться с повседневными делами. Предъявляемые к руководителю деятельности требования изложены в Законе о социальном обеспечении, согласно которому специальные услуги социального обеспечения может непосредственно оказывать физическое лицо (руководитель деятельности), чья квалификация соответствует хотя бы одному из следующих требований:

- по крайней мере основное образование и прохождение 260-часовых курсов, утвержденных постановлением министра социальных дел
- одно из следующего: признанное государством среднее специальное или высшее образование по специальности «социальная работа»; высшее образование в области специальной педагогики или социальной педагогики; высшее образование по специальности «эрготерапия»; среднее или высшее образование по специальности медсестры в области психического здоровья; среднее профессиональное образование по специальности «руководитель деятельности».

11.1. Человекоцентричное и профессиональное оказание помощи

Персональная, т. е. исходящая из личности человека помощь представляет собой комплексную концепцию. Она включает в себя три понятия: руководство, инструктирование и помощь.

Человек, который руководит другим, берет на себя руководство согласно необходимости. Руководитель — это человек, который говорит, что и как должно быть сделано, и поэтому он и несет за это ответственность.

Инструктирование, в отличие от руководства, является защитой и поддержкой другого человека, без того, чтобы брать на себя ответственность. Инструктор всегда должен исходить из особенностей человека, который нуждается в инструктировании, и вместе с ним самим устанавливать цели инструктирования.

Оказание помощи представляет собой нахождение рядом, совместное участие в мероприятиях, поддержку, оказание конкретной помощи. Это поддерживание друг друга без нарушения независимости и чувства личной ответственности другого. Оказание помощи происходит не одномоментно, но это постоянный процесс. Объектом оказания помощи является вся деятельность клиента в целом.

Оказание помощи является профессиональной деятельностью, которая требует знаний и опыта. Оказание помощи должно исходить из принципа нормализации — поддерживать клиента так, чтобы он, насколько это возможно, хорошо справлялся с повседневными делами (мог бы, так сказать, по возможности нормально выполнять повседневные действия) в своей обычной среде, а также шире участвовать в занятиях по интересам и в общественной жизни.

Важно участвовать в деятельности вместе с клиентом: вместе совершать прогулки, отдыхать, готовить пищу, принимать пищу, работать и т. д. Оказание помощи людям с особыми психическими потребностями большей частью сконцентрировано именно на обеспечении им, насколько возможно, обычной и полноценной жизни.

Одна должность, много ролей

В работе руководителя деятельности существует много разных ролей.

Роль означает нахождение человека в какой-либо системе. Роли сопутствуют права, обязанности, власть и ответственность. Ролевое поведение связано с ролевым ожиданием (чего ожидают исполнители встречной роли), представлением о роли (представлением себя в роли), принятием роли (пригодностью роли).

Ролевое поведение также связано со стратегией оказания помощи и инструктирования — какую стратегию и в какой роли использовать. Руководитель деятельности должен знать различные возможности разных ролей.

Роль должна согласовываться с целями поддержки и инструктирования — конечной целью является то, чтобы клиент мог по возможности хорошо исполнять свои социальные роли.

Одни роли дают больше власти, чем другие. Власть можно трактовать как возможность определять нормы поведения для других людей и управлять ими. Право устанавливать правила в отношениях с клиентом руководителю деятельности дают профессиональные знания, а зачастую и лучшие коммуникативные навыки. Хотя в отношениях между клиентом и руководителем деятельности последний неизбежно имеет больше власти, ясно, что этим нельзя злоупотреблять — исходить все равно надо из потребностей и целей клиента.

Каждый руководитель деятельности исполняет одновременно несколько ролей. То, какую роль использовать, зависит от потребностей клиента и целей поддержки.

- **Руководитель деятельности как специалист по лечению** — роль сконцентрирована на лечении заболевания или расстройства, или на изменении поведения. Клиент находится в роли пациента.
- **Руководитель деятельности как медсестра** — это роль целесообразна в отношении клиентов, пребывающих в больнице или другом лечебном учреждении, основные проблемы которых связаны с психическим или физическим здоровьем.
- **Руководитель деятельности как работник по уходу** — на первый план выходит деятельность по уходу, особенно в отношении пожилых клиентов, которые, дополнительно к психосоциальным ограничениям, имеют и физические ограничения, и поэтому не в состоянии сами себя обслуживать. Уход может означать оказание помощи как в соблюдении личной гигиены, так и в выполнении домашних дел.
- **Руководитель деятельности как приемный родитель** — иногда клиент нуждается для «детской части» своей личности в присутствии одного из родителей или приемного родителя — ро-

дитель защищает и дает чувство безопасности. Важно оценить, когда и как долго нужно использовать роль приемного родителя, а затем использовать другие подходящие роли.

- **Руководитель деятельности как переговорщик** — эту роль можно исполнять, если клиент способен вести переговоры, и если такое вмешательство в отношении него оправдано.
- **Руководитель деятельности как информатор** — в этой роли руководитель деятельности предоставляет информацию, не выражая своего мнения и не давая советов. Информация является фактической и объективной, касающейся, например, социальных пособий и услуг, возможностей досуга, курсов и т. д. Клиент может сам решать, использовать ли и как использовать полученную информацию.
- **Руководитель деятельности как советчик/консультант** — совет можно дать двумя способами: когда клиент за ним обращается, и даже тогда, когда он не обращается. У клиента есть свобода выбора, следовать совету или нет. В этой роли руководитель деятельности оставляет клиенту право принимать решения относительно своих дел. Консультант может выступать также и в качестве переговорщика, давая советы различным сторонам, например, клиенту и члену его семьи.
- **Руководитель деятельности как инструктор** — инструктор преподает клиенту конкретные навыки. Это могут быть как практические, так и социальные навыки, и обучать можно как индивидуально, так и на групповых занятиях.
- **Руководитель деятельности как агент/адвокат** — эта роль необходима в том случае, если клиент не в состоянии сам представлять свои интересы или отстаивать свои права. В этой роли ведутся переговоры с так называемыми третьими лицами (например, медицинским персоналом, должностными лицами местного самоуправления и т. п.) в целях защиты интересов клиента.
- **Руководитель деятельности как союзник** — роль союзника в значительной степени основывается на солидарности, и с ней связаны все вышеперечисленные роли.

Согласно потребностям клиента и характеру проблем, руководитель деятельности может исполнять для одного клиента несколько ролей одновременно или в чередовании. Чередующиеся роли могут также и ввести клиента в замешательство. Главное, чтобы роль была ориентирована на достижение желаемого результата. Каждой роли руководителя деятельности соответствует конкретная роль клиента, и эти роли должны соответствовать друг другу. Роль пациента со стороны клиента нуждается в роли медсестры со стороны руководителя деятельности. В то же время, следует иметь в виду, что если руководитель деятельности использует постоянно или преимущественно роль медсестры и не видит изменений в потребностях клиента, то клиент может так и остаться в роли пациента.

Руководитель деятельности как представитель помогающей профессии

В традиционной философии благотворительности подчеркивается, что помогающий кроме своих знаний, навыков и ресурсов отдает еще и частицу себя, своей жизни и личности. На протяжении всей истории помогающий представал в образе теплого, мудрого, мужественного, бескорыстного, а иногда и жертвующего собой ради других человека. В то же время есть и такие мнения, что оказание помощи должно быть, прежде всего, рациональной и профессиональной работой для достижения конкретных целей. Вероятно, истина находится где-то посередине, т. е. надо использовать как свои личные качества, так и профессиональные знания и навыки. Однако не вызывает сомнений тот факт, что без способности к сочувствию работа по оказанию помощи обречена на неудачу. Если при оказании помощи не проявляется сочувствие, то обмен на личностном уровне будет затруднен. Конечно, таким путем можно внешне держать дело под контролем, но по сути при этом отсутствует контакт с клиентом и внимание к его потребностям.

Многие люди с особыми психическими потребностями испытывают трудности с установлением личных отношений и их сохранением. Поэтому очень важными являются отношения между руководителем деятельности и клиентом. Руководитель деятельности должен постоянно следить за

тем, как он выстраивает отношения с клиентом, особенно потому, что его пример оказывает на клиента наибольшее влияние. Каждый руководитель деятельности вступает в отношения, имея свои нормы, ценности и представления. Одной из важных ценностей, которой следует руководствоваться, является помощь клиенту как можно лучше справляться с повседневными делами, а также привлечение его к решению своих проблем.

Работа по оказанию помощи в области охраны душевного здоровья. Работа с людьми и человеческими отношениями по своей природе трудна и сложна, ее невозможно выполнять, опираясь только на теоретические знания. Работникам в области охраны душевного здоровья особенно важно понимать самих себя и знать свои подсознательные стимулы и мотивы действий. Следует иметь в виду, что:

- оказание помощи — это взаимное воздействие
- помогающий использует кроме навыков и знаний также и свои личные качества и характер
- помогающий вносит в отношения себя, свои осознанные и неосознанные чувства, мотивы, ценности, убеждения и предубеждения

11.2. Трудовой стресс и эмоциональное выгорание

Самым большим риском при использовании своей личности в работе по оказанию помощи является обременительность этой работы. Помимо эмоциональной нагрузки, одной из причин усталости может быть также взятие на себя чрезмерной ответственности за клиента. Это может, помимо прочего, вызвать стресс и привести к синдрому эмоционального выгорания.

Стресс может быть одновременно как позитивным, так и негативным явлением. До определенной степени стресс мотивирует и настраивает на эффективную работу. Однако после перехода критической черты стресс становится отрицательным: это приводит к фрустрации, душевному истощению и даже нетрудоспособности. Теряется контроль над собой, своей работой и жизнью. Стресс обычно представляет собой ограниченное, кратковременное явление, которое имеет тенденцию повторяться. В то же время эмоциональное выгорание — это часто длительный процесс, который приводит работника, помимо развития отрицательной самооценки, еще и к состоянию, когда он не может больше работать.

Понятно, что работник с синдромом эмоционального выгорания не в состоянии помогать другим. Поэтому в области охраны душевного здоровья особенно важна забота об эмоциональном благополучии работников (для этого существуют рабочие инструкции, надзор, режим труда и отдыха и т. д.).

Трудовое истощение и трудовой стресс можно рассматривать как накопление различных отрицательных стрессовых ситуаций. Нервное истощение от работы проявляется тремя симптомами: усталость, циничность и ослабление профессионального самоуважения.

Стадии истощения от работы

В **тревожной стадии** начинает проявляться влияние продолжительного несоответствия между запасом сил и предъявляемыми к себе требованиями. Человек, стараясь изо всех своих сил и превышая их запас, пытается достичь также и невозможных целей. В этой стадии люди часто отказываются от важных для себя источников сил. Затянувшаяся непосильная работа приводит к **стадии усталости**. Запас сил исчерпывается, и в результате наступают изнеможение, усталость, раздражительность и враждебность. Человек часто работает сверхурочно и даже в свободное время. В **стадии изнурения** в поведении и установках происходит большая перемена: возникают равнодушие, злоба, безразличие, неуступчивость и желание отделиться от других.

Для восстановления после трудового истощения требуется посторонняя помощь и поддержка. Любой человек, являясь членом трудового коллектива, способен поддерживать других и замечать

признаки, которые указывают на истощение от работы, а также иметь право голоса в построении таких методов работы, которые могли бы поддерживать эмоциональное благополучие работников.

Причины стресса на работе, его предотвращение и личная профилактика

Причинами трудового стресса могут быть следующее:

- атмосфера на рабочем месте (или культура работы) и осознание того, что связано со стрессом
- предъявляемые к работникам требования (слишком много или слишком мало работы, физические/психологические риски в работе и т. д.)
- контроль, степень возможности самому влиять на выполнение работы
- отношения между людьми на рабочем месте
- изменения — информация об изменениях, а также планирование изменений
- роль — достаточно ли ясно работнику, в чем состоит его работа, что надо делать, одинаково ли понимают это другие
- поддержка со стороны коллег и начальства
- обучение — дает знания и навыки, чтобы справляться с рабочими обязанностями

Ответственность за предотвращение трудового стресса лежит на работодателе. Если в рабочей среде стресс стал проблемой, значит, наступило время немедленно заняться исправлением вызывающей стресс нездоровой атмосферы. Для достижения наилучшего результата важно сотрудничество с работодателем или с непосредственным начальником. Многие темы и вопросы решаются в ходе рабочего инструктажа, чтобы связанный с работой стресс не стал обременительным.

Каждый человек имеет свой порог стресса, превышение которого может в определенный момент начать препятствовать выполнению профессиональных обязанностей.

Для избавления от стресса есть следующие возможности:

- изменить вызывающую стресс ситуацию
- использовать освоенные приемы смягчения стрессовых реакций организма в ситуации, которую невозможно изменить

Можно научиться распознавать в себе стресс и смягчать его с помощью различных методов саморегуляции. Физический стресс проявляется в виде напряжения и боли в мышцах. В этом случае можно использовать такие методы, как спокойное, свободное дыхание, попеременное напряжение и расслабление мышц и мышечных групп, а также последовательное представление их тяжелыми, теплыми и расслабленными.

Интеллектуальный или эмоциональный стресс проявляется в виде негативных мыслей, общего беспокойства, тревоги и депрессии. В таком случае можно использовать такие методы, как осознание негативного внутреннего голоса и переработка его в позитивный, рациональное использование времени, путешествия в воображении, сознательная забота о самом себе: физическая нагрузка, в том числе движение на свежем воздухе, регулярное питание и сон, водные процедуры, высказывание вслух своих мыслей и чувств, помощь других, юмор, возможность побыть некоторое время в одиночестве.

Рабочий инструктаж

Под рабочим инструктажем понимается оказание поддержки специалистом в данной области или опытным сотрудником, консультация и руководство по оценке индивидуальной работы, навыки в анализе рабочих проблем и в планировании необходимых мер для их решения. Целью этого является повседневная трудовая деятельность, непрерывное профессиональное развитие и персональная поддержка.

В ходе рабочего инструктажа рассматривается величина рабочей нагрузки, воздействие работы на работника, потребность в развитии и обучении, обмен информацией.

Цели рабочего инструктажа:

- совершенствование профессиональных навыков работников
- повышение качества услуг за счет профессионального развития и хорошо функционирующей работы команды
- профилактика трудового стресса и снижение его уровня
- понимание профессиональных ролей и обязанностей
- повышение мотивации
- обеспечение удовлетворенности клиента путем повышения качества услуг, формирование подходящего для работы внутреннего климата
- обеспечение работника необходимыми для его работы ресурсами

Рабочий инструктаж является особенно важным для тех специальностей, которые включают в себя работу с людьми. Система рабочего инструктажа имеет большое значение также и для создания хорошей трудовой культуры в учреждении.

Конфликт как источник трудового стресса

Конфликт на рабочем месте является распространенным источником стресса. В ходе его разрешения часто переходят на личности и начинают обвинять друг друга. В любых строящихся отношениях невозможно избежать конфликта или предотвратить его. Конфликты требуют разрешения, поскольку, оставшись нерешенными, они возникают вновь и вновь.

Конфликт — это разногласие или непонимание, в результате которого возникает эмоциональное напряжение, которое приводит людей к противодействию друг другу. Необходимым условием для возникновения конфликта является наличие, по крайней мере, двух противодействующих сторон. В основе конфликта лежит несоответствие интересов, потребностей, установок и целей сторон. Сам по себе конфликт не является ни хорошим, ни плохим, скорее он является возможностью улучшить что-то в себе или в своей работе.

Виды конфликтов:

- конфликт потребностей — сталкиваются разные потребности двух или более человек
- конфликт ценностей — поведение другого человека раздражает, хотя это и не наносит прямого вреда
- конфликт целей — достигнутый результат или состояние не соответствует поставленной цели
- конфликт мнений — мнения, ценности и идеи воспринимаются как неподходящие
- конфликт чувств — конфликт возникает на эмоциональной почве

Конфликт может возникнуть по следующим причинам:

- чьи-то личные интересы задеваются или вовсе не принимаются во внимание
- человек находится под влиянием неправильной информации
- обоюдная несовместимость и напряженность в отношениях
- гнев, противостояние, агрессивность

Конфликт является конструктивным, если к разрешению противоречия подходят творчески, пытаются найти решение, приемлемое или выгодное для всех сторон. В этом случае учитываются потребности и чувства всех участников конфликта.

Конфликт является деструктивным, если на первый план выступают эмоции и стороны обращают внимание только на его формальный аспект, избегая при этом разрешения конфликта по существу.

Для разрешения конфликта между работником и клиентом или между самими работниками есть различные возможности. Выбор стратегии действий и наилучшего способа разрешения в большой мере зависит от конкретной ситуации.

Стратегии разрешения конфликтов:

Избегание: стороны пытаются оставаться нейтральными, не считаясь по сути ни со своими, ни с чужими потребностями. Избегание является одной из наиболее распространенных форм поведения при конфликтах, но она не конструктивна (в единичных случаях избегание может быть полезным, но это исключения). Стороны делают вид, что конфликта не существует. Игнорирование конфликта, тем не менее, увеличивает напряжение между сторонами и может привести к так называемому взрыву.

Доминирование: одна сторона сосредоточена на своих интересах. В конфликтной ситуации для влияния на вторую сторону применяется физическое, экономическое или интеллектуальное давление. Победжденный понимает, что с ним поступили несправедливо, и чувствует себя эмоционально подавленным.

Приспособление: максимально учитываются требования другой стороны и подавляются свои собственные потребности. Хотя это и может показаться поражением, но в некоторых рабочих ситуациях является наиболее целесообразным. Для мирного разрешения конфликта, важно определить причины разногласий и понять, чего стороны хотели бы добиться путем данного решения.

Компромисс: используется для разрешения конфликта наиболее часто. При этом нет ни прямых победителей, ни побежденных, и ни одна из сторон не достигает максимума своих желаний. Стороны не избегают проблем, но и не решают их в полной мере. Все стороны достигают исполнения части своих желаний, но от остальной части вынуждены отказаться.

12. ИЗУЧЕНИЕ И АДАПТАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В конце XIX века была замечена важность работы и деятельности в лечении больных с поражением центральной нервной системы и с психическими расстройствами (Адольф Майер). Деятельность начали анализировать на военно-промышленных предприятиях времен I мировой войны, где в интересах эффективности производства делались попытки разработать для производственных линий такие операции, которые требовали бы применения как можно более рациональных приемов работы. В основном исследовали сенсомоторную область выполнения деятельности — диапазон движений, их скорость, мышечную силу, выносливость и т. д.

Сегодня эрготерапевты в состоянии тщательно анализировать виды деятельности и адаптировать их для людей с особыми потребностями. В то же время, каждый человек, работающий с людьми с ограниченными возможностями, должен знать, насколько важно для людей делать что-то самим и быть в состоянии видеть различные аспекты деятельности, которые могут определять успех или неуспех ее выполнения. Поскольку *анализ деятельности* является очень сложным и многогранным процессом, и, прежде всего, сферой эрготерапии, в этой главе мы обсудим лишь некоторые наиболее важные аспекты деятельности под названием *изучение деятельности*.

Изучение деятельности является основой для оценки способности человека к деятельности, это позволяет понимать аспекты целенаправленной деятельности (например, значимость, сложность, воздействие) и вмешиваться в нее. Если инструктор хорошо знаком с видами деятельности, он может выбрать наилучшие — сохраняющие и улучшающие предпосылки деятельности каждого из разнообразных клиентов, развивающие, мотивирующие и активирующие клиента. *Например*, мы знаем, что завязывание шнурков является элементарным видом деятельности для всех людей начиная со школьного возраста. Изучая эту деятельность, мы видим, что она включает очень сложные составные части, которые требуют хороших сенсомоторных и когнитивных навыков. Поэтому эта деятельность при достижении определенного возраста или при наличии определенных недостатков здоровья может оказаться непосильной. Кроме того, некоторые люди предпочитают носить обувь без шнурков, и поэтому навык завязывания шнурков для них не представляется важным.

Одним из самых трудных аспектов изучения деятельности является то, что на этот момент нужно *забыть о человеке и думать только о деятельности*.

При изучении деятельности исследуется только обычный способ ее исполнения, а не человек, исполняющий эту деятельность.

12.1. Процесс изучения деятельности

Изучение деятельности — отнюдь не простая задача. Главным образом, это связано с тем, что большинство видов деятельности, которые мы хотим использовать в работе с клиентами, и в которых должны его инструктировать, нам хорошо знакомы. Первой трудностью в изучении деятельности является именно необходимость признать собственную некомпетентность. Ежедневно совершая необходимые действия, мы не думаем подробно об их различных аспектах, и поэтому наше представление о них является довольно-таки общим.

Целью изучения деятельности является создание как можно более подробной ее картины.

Именно подробности деятельности — это то, что мы позже можем адаптировать и изменять, чтобы сделать деятельность посильной для клиента. Для получения настоящего знания деятельности нам следует пройти определенные этапы.

1. Ознакомление с деятельностью
2. Определение деятельности

3. Установление границ деятельности
4. Разделение деятельности на части
5. Определение необходимых для деятельности предпосылок
6. Описание подходящей/необходимой среды

Ознакомление с деятельностью

Для умелого обращения с деятельностью руководитель деятельности должен сам знать эту деятельность и испытать ее на опыте, иначе невозможно ее в полной мере изучить. Таким образом, для того чтобы получить правильное представление о деятельности, ее компонентах, степени сложности, необходимых движениях или требующихся средствах, руководитель деятельности должен сам проделать эти действия. Даже если речь идет о той деятельности, которую мы выполняем каждый день или чаще. Для того, чтобы по-настоящему изучить деятельность, недостаточно только вспомнить как она делается. Когда мы думаем о существенных аспектах изучения деятельности именно в ходе ее совершения, то обнаруживаем много нового.

Определение деятельности

Деятельности, которую вы желаете изучить, нужно первым делом дать точное определение, то есть сформулировать ее однозначно. Нередко мы говорим о деятельности немного туманно, неопределенно, оставляя возможность понимать это по-разному. Даже то действие, которое, судя по названию, кажется всем понятным, в разных ситуациях может измениться до неузнаваемости. Очень трудно, например, изучать деятельность «принятие пищи», потому что под этим можно понимать помещение в рот печенья, съедание супа ложкой из тарелки, съедание обеда из трех блюд в ресторане, лизание мороженого и т. д. Каждое из этих действий требует от человека применения предпосылок деятельности в разных комбинациях и в различной степени. Чем точнее и конкретнее определена (сформулирована) деятельность, тем легче продолжать ее подробное изучение. Примеры конкретно определенной деятельности: «питье воды из стакана», «надевание рубашки с пуговицами спереди» и т. п.

Установление границ деятельности

После определения деятельности нужно установить для нее четкие границы. В ходе установления границ принимается решение, что считать началом деятельности и что ее концом. Для этого нет жестких правил, каждый руководитель деятельности определяет начало и конец деятельности в соответствии со своим опытом, потребностями или условиями среды. Важно четко сформулировать начальные условия (стартовое положение) и условия, которые должны быть выполнены для того, чтобы деятельность могла считаться завершенной. Например, началом питья воды из стакана может считаться *взятие со стола заполненного водой стакана*, а концом — *помещение пустого стакана на стол*. В то же время, исходя из возможностей среды, эта деятельность может быть более разнообразной: начало — *взятие стакана из шкафа*, и конец — *помещение ополоснутого стакана на сушилку*.

Разделение деятельности на части

Далее необходимо определить практические шаги деятельности. Каждый вид деятельности состоит из многих небольших действий (поддеятельностей), которые следуют друг за другом. Разделение деятельности на части необходимо для того, чтобы заметить различия в поддеятельностях — некоторые из них являются сложными и в особой мере требуют наличия определенного навыка (предпосылки деятельности). В то же время это дает нам ясность о том, каков естественный процесс деятельности и какая последовательность поддеятельностей является наиболее оптимальной.

Возможные шаги деятельности «*питье воды из стакана*»:

- заметить стакан на столе (выделить)
- протянуть руку к стакану

- взять стакан
- поднять стакан со стола
- поднести стакан ко рту
- наклонить стакан к губам
- отхлебнуть глоток из стакана
- проглотить
- отвести стакан ото рта
- поместить стакан на стол
- освободить стакан из захвата
- отвести руку от стакана

Насколько маленькими должны быть шаги, на которые делится изучаемая деятельность, зависит от целевой группы, с которой работает руководитель деятельности. При работе с людьми с психическими расстройствами достаточно разработки наиболее существенных поддеятельностей, потому что у них нет серьезных проблем в сенсомоторной области. В то же время, при работе с людьми со сложным недостатком здоровья может понадобиться выделить в отдельный шаг деятельности каждое необходимое движение, потому что у них имеются расстройства как в сенсомоторной и когнитивной, так и в психосоциальной области.

Определение необходимых для деятельности предпосылок

Для каждого шага деятельности определяется, какие предпосылки нужны для ее совершения. Не рассматривайте делающего — ставьте ударение на самой деятельности и ее нормальном выполнении. Конечно же, для выполнения каждой поддеятельности необходимы почти все составные части предпосылок деятельности, но *важно выделить именно те предпосылки, значение которых на данном этапе усиливается, или которые особенно необходимы, чтобы довести этот этап до конца.*

Каждую мелкую поддеятельность можно адаптировать к уровню способности человека к деятельности. Для этого необходимо выяснить, в состоянии ли клиент (в соответствии с определенным для него уровнем способности к деятельности) выполнять всю деятельность целиком, или для него необходимо адаптировать некоторые составные части деятельности, поскольку требуемые для них предпосылки нарушены.

Описание подходящей/необходимой среды

Последней задачей при изучении деятельности является описание необходимой для ее выполнения физической (природной, архитектурной, предметной) среды и возможных факторов опасности. Следует описать также и аспекты социальной среды и, при необходимости, принять решение относительно использования этой деятельности в индивидуальной или групповой работе. Например, «питье воды из стакана» можно выполнять как в помещении, так и на открытом воздухе; необходимыми средствами являются стол и стакан. Фактором опасности может быть стакан из очень тонкого материала, который, разбившись, может травмировать исполнителя деятельности. Выполнение деятельности одновременно несколькими людьми не всегда служит помехой к ее совершению.

Процесс изучения деятельности документируется в письменной форме.

При документировании процесса можно описывать деятельность и ее аспекты в порядке выполнения шагов, приводя там же необходимые предпосылки деятельности. В то же время, хороший обзор деятельности дает ее описание в виде таблицы (см. таблица 4). Недостатком таблицы, однако, является то, что в нее трудно вместить аспекты, которые не связаны с поддеятельностью непосредственно — затрачиваемое на деятельность время, необходимые средства, подходящую среду, факторы опасности, культурное значение, пригодность для целевой аудиторией и т. д.

Таблица 4. Шаги и предпосылки деятельности

	Шаги деятельности	Заметить (выделить) стакан на столе	Взять стакан одной рукой	Поднять стакан со стола	Поднести стакан ко рту	Наклонить стакан ко рту	Отхлебнуть глоток из стакана	Проглотить	Отвести стакан от рта	Поместить стакан на стол	Освободить стакан из захвата
Сенсомоторные предпосылки деятельности	Ощущения	X	X				X			X	X
	Равновесие	X	X	X	X	X			X	X	
	Рефлексы		X					X			X
	Схема тела	X			X				X		
	Моторика		X	X							
	Мышечная сила/выносливость			X	X						
	Координация		X		X	X				X	
	Подвижность суставов		X	X		X					
	Совместная работа двух рук										
	Совместная работа глаз и руки		X		X					X	
	Память		X								
Когнитивные предпосылки деятельности	Восприятия	X	X							X	
	Ориентация									X	
	Направление внимания	X	X				X				
	Сосредоточение			X	X						
	Решение проблемы					X					X
	Создание связей		X			X			X		X
	Формирование целого из частей									X	X
	Логическое мышление								X	X	X
Психосоциальные предпосылки деятельности	Способность к обучению	X	X			X					
	Мотивация		X			X	X		X		
	Образ своего «я»		X								
	Владение эмоциями										
	Перенесение неудач		X		X	X		X			
	Навыки общения										
	Роли										
	Ценности		X		X		X				
	Нормы										
	Обычаи		X	X						X	
	Навыки сотрудничества										

Помимо описания шагов деятельности и определения необходимых для каждого шага предпосылок деятельности, для каждого вида деятельности можно подумать также и о следующих вопросах:

1. **Социальная среда.** Как рассматривается эта деятельность в различных социальных группах и культурах, как они влияют на деятельность, для каких социальных групп свойственна эта деятельность?
2. **Предметная среда.** Какие предметы требуются для деятельности? Каковы свойства этих предметов (наличие, специфичность, возможности модификации, символический смысл)?
3. **Деятельность и поддеятельности.** Каковы простота, сложность, временные ограничения, правила деятельности/поддеятельностей?
4. **Влияние деятельности на человека.** Поддерживает ли деятельность самооценку, освоение навыков, дает ли опыт управления окружающей обстановкой, временем, а также самим собой?
5. **Роли.** Опыт каких ролей дает деятельность, с какими ролями она связана?
6. **Результаты.** Обеспечивает ли эта деятельность разнообразие в повседневной жизни, многих ли людей она интересует? Или же, дает ли она возможность для самореализации, поддерживает ли элементарное существование и благополучие? Может ли деятельность быть использована в работе, досуге и уходе за собой?

12.2. Адаптация деятельности

Если деятельность хорошо изучена, руководитель деятельности увидит, каковы ее самые сложные подчасти, и сможет сравнить их сложность с уровнем навыков клиента. Адаптация деятельности может означать как повышение степени сложности, так и упрощение деятельности.

К примеру, складывание пазлов может показаться человеку с психическим заболеванием слишком простым и детским занятием. В то же время, для людей, находящихся в учреждениях социального обеспечения, трудно найти соответствующие их возрасту и предлагающие им вызов занятия. В этом случае, вы можете усложнить складывание пазла, например не показывая клиенту заранее готовой картинки или заканчивая деятельность обработкой и обрамлением, чтобы создать настенную картину.

Ту же деятельность можно упростить, если нужно руководить клиентом с тяжелым недостатком умственного развития. В этом случае задача может состоять из добавления к пазлу 2–3 последних деталей или складывания пазла поверх готового изображения. Складывание пазла требует хорошей тонкомоторной координации, которая у клиента со сложным недостатком здоровья может быть нарушена. В этом случае мы можем упростить задачу захвата детали, приклеив на каждую деталь маленькую кнопку.

13. ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Оценка способности к деятельности является одной из основ работы с клиентом. Помимо получения цельного представления о клиенте, это одновременно дает работнику возможность показать ему, что он в нем заинтересован, готов поддерживать его везде, где существует обоснованная необходимость, и давать ему свободу действий там, где человек реально может справиться сам. Оценивание — это хорошая основа для построения отношений сотрудничества, возможность создать доверительные отношения с клиентом, фундамент для дальнейшего взаимодействия.

Оценивание — это деятельность, направленная на то, чтобы **объективно** (здесь и сейчас) сформировать **цельную картину** постоянно развивающейся и изменяющейся личности.

Существуют различные подходы к работе с клиентом, в каждом из которых аспекты оценивания описываются по-разному. Подобным же образом своя определенная концепция оценивания свойственна и каждой специальности. В данной главе аспекты оценивания рассматриваются с точки зрения теорий эрготерапии (терапии повседневными занятиями). Основная причина такого выбора кроется в том, что руководитель деятельности должен видеть человека и его возможности в целом, а эрготерапевтический подход к человеку и к его способности к деятельности как раз и дает хороший обзор этого.

Смысл оценивания — отметить и распознать способности и ограничения человека (в т. ч. недостатки здоровья, расстройства или неприемлемое для ситуации поведение) и получить цельное представление о клиенте. Важно рассмотреть и описать именно текущее состояние, ибо только в таком случае описанный результат оценивания даст основу для дальнейшего движения вперед. Несомненно, важно знать и то, каким человек был в прошлом, что его интересовало, как протекало развитие/болезнь, как возникли специфические особенности. Информация, не связанная с текущим моментом, не должна влиять на объективное оценивание клиента.

Очень трудно оставаться объективным, когда у клиента проявляются проблемы с поведением, с которыми работник сталкивался уже годами. Часто раздражающее поведение клиента становится главной меркой, с которой к нему подходят. Легко высказать, но трудно соблюдать такие принципы как: Забудьте его прежнее поведение и проблемы! Рассматривайте его как человека, которого вы видите впервые! Думайте о том, что он чувствует, как воспринимает окружающее, что понимает и что делает / умеет делать хорошо! Однако нередко именно работа над собой, борьба со своими укоренившимися моделями мышления и отношения открывает двери во внутренний мир клиента и помогает распознать истинное положение вещей и его причины.

13.1. Цели оценивания

Цели оценивания, с одной стороны, описывают общую необходимость и принципы оценивания, а, с другой стороны, помогают ограничить область оценивания. Идеей оценивания действительно является получение общей картины о клиенте, но зная его диагноз, ход предыдущего развития и возможности сегодняшней среды, мы можем уточнить также и то, какие области требуют особого внимания. С этих областей мы можем начинать оценивание и работу с клиентом, собирая прочую информацию и формируя цельную картину о человеке уже в процессе работы.

1. Узнать действительные проблемы человека, на которые можно повлиять, понять характер проблем и их возможное влияние на жизнь человека.

При картировании проблем мы всегда должны думать, какими упущениями реально есть смысл заниматься. Например, неразумно оценивать трудовые навыки, способности делопроизводства в служебных учреждениях или навыки приготовления пищи 55-летнего человека с тяжелым психическим расстройством, который пребывает на круглосуточном уходе, поскольку мы знаем, что эти навыки ему никогда не пригодятся, проявления заболевания стали хроническими, и перспектива развития ничтожна. Скорее нужно задуматься над тем, есть ли у него в жизни при-

носящие удовлетворение отношения и деятельность, и что можно предпринять для сохранения максимального уровня активности.

2. Узнать об отношениях человека, о важных социальных ролях, о социальном и культурном происхождении, об эффективных возможностях поддержки, а также о его ценностях и интересах.

Каждый человек является уникальным и особенным, что обусловлено его индивидуальностью, специфическим опытом, культурным происхождением и опытом различных ролей. Именно изучение его ценностей, интересов и важных для него вещей помогает нам составить представление о человеке, не зависящее от его недостатка здоровья или от болезней. Также очень важно знать, в какой мере и кем уже обеспечена поддержка, насколько существенна эта поддержка для клиента, и несет ли помощник также и ответственность. Например, для клиента могут быть очень важными посещения членов его семьи и материальная помощь, но в то же время мы знаем, что визиты родственников нерегулярны, и их никак нельзя использовать для мотивации клиента.

3. Увидеть и понять способность человека к деятельности и его сильные стороны, а также получить представление о его предпосылках к изменению и адаптации.

При оценивании нужно отдельно выделить сильные стороны клиента, подумать об изменениях в течение последнего периода жизни и исходя из этого описать возможные перспективы развития. Стоит подумать, в какой области этот человек действительно силен или одарен. Только опираясь на имеющиеся сильные стороны можно выстроить план развития и поддержки. Например, если клиент способен долгое время концентрировать внимание на определенной деятельности (например, на рвании бумаги), но нелегко осваивает новые навыки, тогда его способность концентрироваться можно использовать для изучения новых необходимых навыков (уборка стола, сортировка белья и т. д.). Если построить учебный процесс на показах, повторении и самостоятельных попытках, уделяя этому много времени, то эта деятельность станет для клиента такой же интересной.

4. Определить влияние среды на способность человека к деятельности.

Важно заметить, как влияют на клиента окружающие люди — чьим присутствием он наслаждается, по чьей воле старается действовать, от кого держится на расстоянии. Как к клиенту относятся другие клиенты и работники, какие предубеждения и взгляды выражаются по отношению к нему. Оценить нужно предлагаемый физической средой уровень стимуляции, обеспечение безопасности и достаточность ясности и структуры. Часто окружающая среда является одним из определяющих факторов того, будет ли человек использовать свой существующий потенциал или нет.

Вдобавок к вышесказанному, к важным целям оценивания относится также:

- мотивирование человека к сотрудничеству и пробуждение в нем интереса к активному участию
- определение видов целенаправленной деятельности
- составление плана целенаправленной деятельности

По истечении оговоренного в плане срока следует:

- определить, в какой части и в какой степени следует изменить, продолжить или завершить руководство/деятельность.

13.2. Процесс оценивания

Оценивание — это запланированный процесс, в ходе которого *добывается, истолковывается и документируется* информация о фактическом состоянии человека.

Оценивание не может быть случайным. Оценивание должно обуславливаться потребностью или договоренностью. Для людей с особыми психическими потребностями, получающих предназна-

ценные для них поддерживающие услуги, эта необходимость обусловлена предъявляемыми к этим услугам требованиями — для пребывающих на этой услуге должен быть составлен план деятельности. Основой же составления плана деятельности является оценивание. Однако невозможно точно предписать, в какой части необходимо оценить способность клиента к деятельности — это зависит от исходной общей информации о клиенте и возможностей учреждения.

Этапы процесса оценивания

1. Первоначальное оценивание. Целью является получение сведений для ответов на вопросы:

- Кто этот человек, каков его жизненный опыт и культурное происхождение?
- Каков его основной и сопутствующий диагноз?
- Какие области способности к деятельности нужно оценить точнее?
- При помощи каких методов оценивать, каков подходящий подход?

Результатом первоначального оценивания является получение обзора о человеке и о его способности справляться с повседневной жизнью в рамках совокупности видов деятельности. У оценщика складывается представление о деятельности, с которой клиент справляется сам или с чьей-то помощью, какую деятельность выполняют или должны выполнять за него и какую деятельность не позволяет совершать среда. Полезно описать то, что вы видите, и избегать поспешных интерпретаций — это исключит возможность ошибиться.

2. Дополнительное оценивание. Основывается на сведениях, полученных из первоначального оценивания, и касается:

- уточнения полученной ранее информации в части влияния предпосылок к деятельности и среды
- анализа данных — проблем, недостатков, навыков, особенностей и всего, что создает основу для создания плана деятельности.

В ходе дополнительного оценивания должны проясниться причины, почему деятельность клиента находится именно на том уровне, который был отмечен при первоначальном оценивании. Поэтому тут используются дополнительные задания и симуляции для уточнения сильных сторон и слабостей клиента в разрезе различных предпосылок к деятельности. На основании гипотезы оценивание очень точно ограничивается. Как можно подробнее описываются также наблюдения, связанные с различными аспектами окружающей среды и их влиянием.

Дополнительное оценивание является основой для составления адекватного плана деятельности.

3. Итоговое или продолжающееся оценивание. Целью является обратная связь как от клиента, так и от работника:

- Каковы изменения?
- Достигнуты ли цели?
- Что обусловило именно этот результат?
- Что нужно изменить в плане деятельности — задачи, деятельность и т. п.?

В результате итогового оценивания должны проясниться результаты выполнения плана деятельности и необходимость в дальнейшей поддержке. Если клиент продолжает пользование той же услугой, то подготавливается новый измененный план деятельности. Итоговое/продолжающееся оценивание по существу является *промежуточным буфером* между постоянно меняющимися планами деятельности клиента. При переходе клиента к следующей услуге необходимо оформить заключение о соблюдении плана деятельности и оценивании его результатов, включающее дальнейшие рекомендации людям, которые в будущем будут заниматься этим клиентом.

Планирование оценивания

Процесс оценивания всегда должен быть заранее спланирован. Этим мы вносим ясность как для себя, так и для клиента относительно содержания оценивания, его целей и ресурсов времени, средств и прочего. Проясняются временные границы, а также сроки описания результатов и подготовки плана деятельности. При планировании оценивания нужно четко определить:

- что хотят оценить, какая информация необходима
- какими методами и как можно получить как можно более подробные сведения
- что означают полученные сведения, как их проанализировать, как закрепить результат
- сколько раз предстоит оценивать, что содержит процедура оценивания

При планировании оценивания устанавливаются **цели оценивания**, которые должны быть *четко обозначены, измеримы и реальны*. Цели оценивания исходят из гипотезы, которая основывается на нуждах и желаниях клиента, его возможностях и характере проблем. При установлении целей полезно обозначить также и критерии среды. Например, целью оценивания не может быть определение того, насколько человек может справляться с повседневной жизнью. Реальнее будет оценить уровень способности клиента к деятельности, опираясь на цели: определение уровня навыков ADL (повседневной деятельности) клиента, необходимых для проживания в доме по уходу.

При планировании оценивания нужно учитывать, что оценивание не должно быть ни слишком узким, ни расплывчатым — нужно рассматривать человека как единое целое, а не только его недостатки/ограничения. Кроме того, всегда нужно учитывать предполагаемые основные проблемы.

13.3. Методы оценивания

Методы оценивания зависят от целей оценивания. Нужно владеть как можно большим количеством методов, чтобы найти наиболее подходящие и менять их в зависимости от уровня и состояния клиента.

Сбор исходной информации

Это самый первый метод, при помощи которого можно получить сведения о способности клиента к деятельности, о его сильных сторонах и ограничениях. На основе исходной информации можно сделать вывод, какой подход будет полезен клиенту и каким образом (в общем смысле) можно предложить ему именно ту поддержку, в которой он нуждается. Кроме того, при помощи исходной информации можно найти первоначальный способ создания контакта и отношений и уточнить, какие методы оценивания стоит использовать.

Важнейшими источниками сбора исходной информации являются: направление врача, история болезни клиента, медицинская карта, характеристики, итоги терапии, план реабилитации и прочие письменные материалы, в которых отражаются следующие данные клиента:

- личные данные (имя, возраст, пол, семейное положение и прочее)
- основной диагноз и сопутствующие диагнозы
- время первой госпитализации
- ход болезни, частота госпитализаций
- лечение
- предыдущие и текущие терапии
- наблюдения медицинского персонала и руководителя деятельности, история прежней жизни
- прежняя поддержка, услуги и прочее

Способность человека к деятельности постоянно меняется. Проблемы, которые могли быть актуальными и требующими внимания пять лет назад, на данный момент, возможно, уже не таковы. Также и поведение человека в связи с большими переменами в жизни может кардинально измениться. Поэтому руководителям деятельности не стоит формировать отношение только на основе документации.

Средством сбора справочных данных также может быть *интервью с близкими клиенту людьми* (близкий родственник, попечитель, опекун) и первичное наблюдение с целью увидеть общий уровень общения и поведения клиента, а также найти наилучший способ для установления с ним контакта.

Интервью

Интервью — это беседа с клиентом или связанными с ним людьми. Исходя из обстановки или необходимости, можно либо полностью спланировать интервью, либо провести беседу в свободной форме. Исходя из их сущности, можно выделить три вида интервью:

1. *структурированное интервью*, которое состоит из определенных вопросов с заданными или вариантами ответов или вариантами ДА/НЕТ
2. *полуструктурированное интервью*, в котором на определенные вопросы можно дать ответы в свободной форме
3. *неструктурированное интервью*, в котором в рамках свободной беседы пытаются достичь хорошего контакта и получить необходимую информацию

Конечно же, структурированное интервью оставляет меньше всего возможностей для получения дополнительной информации и гибкого подхода. В то же время, недостатками неструктурированного интервью являются отсутствие четкой логичной последовательности в беседе и вероятность забыть важные темы или не успеть их обсудить.

Области, изучаемые в ходе интервью:

1. *биографические данные клиента*: имя, возраст, место проживания (адрес и номер телефона), дата и место рождения, национальность, религия, родной язык, семейное положение, степень образования, текущее/предыдущее место работы
2. *проявляющиеся в данный момент проблемы*: острого или хронического характера, причина проблем по мнению клиента
3. *состояние здоровья на данный момент*: текущее психическое и физическое состояние
4. *состояние здоровья в прошлом*: болезни и повреждения в прошлом, предшествующее лечение и вмешательства, способ, которым клиент приспосабливается к требованиям жизни
5. *семья клиента*: происхождение семьи, краткое описание родителей/близких, отношение клиента к близким и наоборот, текущие отношения с семьей, пришедшие из семьи убеждения и взгляды о работе, учебе и прочем, обычаи, культурный фон, экономический статус и прочее. При отсутствии семьи такая же информация в разрезе предыдущих мест жительства
6. *повседневные задачи*: привычки выполнения повседневных задач, домашние обязанности клиента раньше и сейчас, области, которые представляют сложности
7. *школа/работа*: учеба в школе, отношения с одноклассниками и учителями, что нравилось в школе, сложности в школе, опыт работы, характер работы (умственная или физическая), рабочие места, отношения с коллегами и начальством, физические и психические факторы стресса, удовлетворенность работой и прочее
8. *досуговая деятельность*: увлечения клиента, хобби раньше и сейчас, друзья, группы, в которые входит клиент, употребление алкоголя и наркотиков и прочее

9. *среда*: жилищные условия раньше и сейчас, чувство защищенности, достаточность поддержки, удовлетворенность и прочее.

Памятка для интервьюирования

- **Физически тяжело больной клиент.** Длительность интервью не дольше, чем по 10—15 минут за один раз, с дневными интервалами.
- **Клиент с дегенеративной деменцией.** Расстройства способности концентрации, памяти и абстрактного мышления усложняют получение адекватной информации. Упростите вопросник, кратко сформулируйте вопросы и просто дайте клиенту достаточно времени для реагирования. Повторите все вопросы, чтобы проверить адекватность ответов. Обязательно опросите близких, связанных с клиентом людей.
- **Клиент с шизофренией.** Несмотря на то, что клиент ориентируется во времени, пространстве и собственной личности, у него могут возникать проблемы с прямым общением. Им могут владеть фантазии и галлюцинации, мышление может быть неупорядоченным, а поведение странным. Налаживание связи с другими людьми может быть затруднено. Запаситесь терпением, чтобы возвращать клиента к теме. При необходимости тихо посидите рядом с клиентом, это может улучшить общение. Любая информация, предоставленная клиентом, хоть и противоречивая и фрагментарная, может оказаться бесценной. При обработке данных нужно учитывать возможные символические значения.
- **Клиент с депрессией.** Клиент может жаловаться на то, что не помнит ясно, поскольку занят пессимистичными мыслями. Вы должны оставаться ненавязчиво настойчивыми. Используйте вопросы, которые требуют ответов ДА/НЕТ. Использование открытых вопросов не оправдывает себя.
- **Клиент с умственной недостаточностью.** Вопросы должны соответствовать когнитивным способностям клиента, открытые вопросы не подходят, поскольку для этого требуется абстрактное мышление. Упростите вопросы, укоротите предложения. Обязательно опросите близких, важных, связанных с клиентом людей.
- **Клиент с экспрессивной афазией.** Клиент бывает особенно раздражен, поскольку не в состоянии нормально общаться. Способен моментами реагировать жестами ДА/НЕТ. Подберите вопросы так, чтобы клиент смог отвечать.

Наблюдение за естественной деятельностью

Наблюдаемая деятельность выбирается из области совокупности видов деятельности по самообслуживанию. Для получения объективной картины проблем со способностью к деятельности следует рассмотреть по меньшей мере две естественные деятельности. При наблюдении за процессом принятия пищи нужно учитывать историю клиента, поскольку очень часто сноровку демонстрируют именно клиенты с опытом пребывания в учреждениях социального обеспечения, но она основывается не на высоком уровне предпосылок к деятельности, а на печальном жизненном опыте.

Наблюдение за естественной деятельностью производится в месте жительства клиента, в соответствии с его привычками и традициями, применяемыми в данной деятельности в естественный момент времени. Например, наблюдают за тем, как клиент обедает, одевается перед прогулкой или моется в банный день отделения.

Задача наблюдающего — оставаться как можно более незаметным. Если близкие или персонал по уходу помогают клиенту в наблюдаемой деятельности, то нужно их предварительно информировать о цели наблюдения и попросить их не менять привычные методы работы при инструктировании данного клиента. Если есть намерение наблюдать клиента во время инструктирования, то нужно осознанно дать клиенту возможность попробовать делать самостоятельно.

Во время наблюдения собирают информацию об уровне выполнения деятельности, влиянии среды и предпосылках к деятельности. Если наблюдающий заметит во время оценивания особые факторы влияния, способности, проблемы, то нужно эти области позже оценить точнее.

Наблюдение за симулируемой деятельностью

Наблюдение за симулируемой деятельностью проводится для уточнения проблем, связанных с предпосылками к деятельности. В этом случае выбирают деятельность, требующую применения тех предпосылок к деятельности, которые нуждаются в дополнительном оценивании, являющуюся значимой для клиента и хорошо изученной работником. Задача работника — создать подходящую для совершения деятельности ситуацию, обеспечить средства и материалы, инструктировать клиента во время его действий и наблюдать за выполнением деятельности. В ходе наблюдения работник старается как можно меньше вмешиваться в процесс, однако при возникновении у клиента больших затруднений на каком-то этапе деятельности, следует ему помочь, чтобы избежать упрямства, вызванного неудачей, или снижения самооценки.

NB! Изучение деятельности является началом оценивания деятельности по методу наблюдения.

Наблюдение за клиентом

Обычно производится в ходе интервью. Целью наблюдения является получение как можно большего объема информации как о предпосылках клиента к деятельности, так и о выполнении совокупностей видов деятельности.

- Збота о самом себе. Внешность клиента, одежда, какова роль близких/работников в этом.
- Досуговая деятельность. Заметны ли в месте проживания клиента детали, свидетельствующие о его интересах и увлечениях.
- Сенсомоторные предпосылки. Движение/перемещение, равновесие, способность сохранять положение тела, тонкомоторные навыки, координация глаз и рук, координация двух рук, ловкость и прочее.
- Когнитивные предпосылки. Перенаправление внимания и концентрация, память, ориентация, планирование деятельности и прочее.
- Психосоциальные предпосылки. Навыки общения, настроение/расположение духа, готовность к сотрудничеству, мотивация, отношения с работниками / другими клиентами, роли.

Наблюдение за физической средой

Производится подробно в том случае, если человек имеет физический или сложный недостаток здоровья. При наблюдении обратить внимание на:

- ограничения и возможности (например, при движении, ориентировании, в случае необходимости приватности)
- возможные опасности (острые края, скользящие ковры и прочее)
- стимуляцию
- индивидуальность, уют

13.4. Документирование результатов оценивания

Документирование нужно вести непременно и во время всего процесса оценивания.

Информация, прочитанная, увиденная или услышанная на протяжении всего процесса оценивания, должна быть записана. Только на основе задокументированной информации можно измерить продуктивность работы с клиентом. Задокументированная информация вносит ясность и дает возможность понятно, структурированно, обоснованно и убедительно представить результат как коллегам, так и клиенту. При записывании результатов оценивания нужно исходить из ключевых слов: ясность, четкость, краткость и конкретность. Записанные результаты оценивания являются первой частью плана деятельности.

14. МЕТОДЫ РАБОТЫ С КЛИЕНТОМ

В этой главе мы рассмотрим методы работы с клиентом, владение которыми даст элементарную базу для работы с людьми с особыми психическими потребностями. Выбор методов в большой степени обусловлен практическим опытом составителей. В эстонской системе социального обеспечения не очень распространено применение конкретных методов в работе с клиентом, это вызывает замешательство как среди работников, так и среди клиентов. Создание ясности базируется на нахождении подходящего метода общения, адаптации среды в соответствии с его потребностями, регулировании стимуляции и поддержке общего чувства безопасности. Исходя из этих принципов рассматриваются также и следующие методы работы с клиентом, приведенные в данной главе:

- валидация
- техника ориентации на реальность
- сенсорная интеграция
- ТЕАССН

14.1. Валидация

Валидация — это созданный Наоми Фейл коммуникационный метод, способствующий общению с *очень старыми и/или дезориентированными* (спутанность сознания) людьми. Метод основан на теориях развития и разработан в ходе практической работы с клиентами, страдающими болезнью Альцгеймера. Согласно теории развития, для того, чтобы умереть спокойно, очень пожилым или дезориентированным людям нужно выразить все свои глубоко запрятанные и похороненные эмоции. Эту последнюю жизненную битву называют **«период разрешения»**.

Валидационные техники основаны на принципе, согласно которому все давние невыраженные эмоции со временем «разлагаются» и «отравляют» человека. Если выразить эмоции тому, кто выслушает с сочувствием (валидация), то человек освободится от неприятных ощущений, и его чувства придут в гармонию.

Валидация — это использование практических техник, которые помогают клиенту:

- уменьшить стресс
- сохранить человеческое достоинство
- усилить чувство радости и спокойствия
- вербально или невербально выразить свои эмоции
- дают работнику возможность проникнуть в смысл странного поведения клиента

Это интердисциплинарный подход, основная цель которого — повысить качество жизни клиента. Использование метода снижает эмоциональное выгорание персонала, уменьшает тревожность клиентов и необходимость применения лекарственных средств для их успокоения, способствует общению дезориентированных клиентов с работниками и с родственниками при свиданиях, помогает замедлить регрессию.

Валидация основывается на:

- ценностях клиента, его убеждениях и принятии реальности
- сглаживании противоречий во времени, памяти и эмоциях клиента

- эмпатии, увеличивающей доверие, снижающей тревожность и поддерживающей чувство собственного достоинства клиента

В валидационной терапии применяется разделение поведения людей с деменцией в «периоде разрешения» на четыре последовательных фазы:

- *спутанность сознания* (человек ориентируется во времени, но искаженно выражает неразрешенные конфликты прошлого)
- *дезориентация во времени* (неспособность пребывания в реальности, человек уходит в себя, одновременно может быть в прошлом, настоящем и будущем, понимание времени затуманивается)
- *повторяющиеся движения* (человек становится беспокойным, он должен все время ходить, начинает заменять слова движениями, чтобы заново проработать конфликты, оставшиеся неразрешенными в прошлом)
- *вегетация* (полное выключение из окружающего мира, человек лежит в постели, больше не интересуется окружающей реальностью, доминируют дремотное состояние и сонливость)

Валидационные техники делятся на вербальные и невербальные.

Техники вербальной валидации

Техники вербальной валидации восстанавливают хорошее настроение и ощущение благополучия у старых людей в первой фазе «периода разрешения». В основном эти люди ориентируются во времени и пространстве, для общения используют речь, но постоянно высказывают мнения и делают заявления обвинительного характера, не соответствующие действительности. Они используют окружающих, чтобы освободиться от своих эмоций, которые не смогли в прошлом излить значимым для них людям. Работник, занимающийся валидацией, понимает, что дезориентированные люди должны использовать в качестве *символов* людей или события настоящего, чтобы с их помощью воссоздавать ситуации из прошлого и выражать свои невысказанные и подавленные эмоции. Работник, занимающийся валидацией, принимает клиента таким, каков он есть, дает ему возможность пережить свои эмоции, сочувственно его выслушивая.

Работник, который сам подавлен и находится в стрессе, не в состоянии сохранять способность к эмпатии и выслушивать клиента. Для использования техник валидации в первую очередь *работнику необходимо абстрагироваться от собственных эмоций, попытаться поставить себя на место клиента и прочувствовать буруевующие его эмоции.*

Для этого:

1. Дышите глубже — глубокие вдохи и выдохи!
2. Избегайте эмоционально окрашенных слов!
3. Задайте вопросы: кто? что? где? когда? как? Всячески избегайте вопроса «почему?»
4. Говорите на заданной клиентом скорости, повторяя ключевые для клиента слова и перефразируя его речь!
5. Держите зрительный контакт «глаза в глаза»!
6. Слушайте слова и фразы клиента, говорите на его «языке»!
7. Задавайте усиливающие вопросы: «насколько плохо? как часто?»
8. Напоминайте о прошлом!
9. Помогите клиенту найти уже знакомые ему методы справляться с ситуацией!

Пример: Руководитель деятельности беседует с 90-летней женщиной, у которой нет физических нарушений, но она постоянно жалуется на различные боли во всевозможных местах. При помощи техники валидации руководитель деятельности пытается завоевать доверие клиента и помочь женщине выразить ее психологическую боль. Старая женщина боится умереть в одиночестве.

Отвечая на жалобы клиентки, руководитель деятельности просит ее уточнить, какую именно боль она чувствует: «Эта боль ощущается как удар молотком по голове или это скорее тупая боль?» Поняв, что к ней прислушались, женщина отвечает: «Да, как молотком по голове.» Руководитель деятельности спрашивает (усиливая смысл): «Когда эта боль сильнее всего?» Женщина отвечает: «Болят все время, однако по ночам, когда я одна, хуже всего.» Напоминая о прошлом и перефразируя слова клиентки, работник спрашивает: «Боль становится сильнее, когда рядом никого нет? А раньше такие боли уже были?» Голос пожилой женщины становится тише и спокойнее, она чувствует себя в безопасности с этой работницей. Она тихо отвечает: «Когда мой муж умер, я чувствовала такую же боль в голове.» Руководитель деятельности, пытаясь определить, какие способы справиться с ситуацией знакомы клиентке, спрашивает: «И как вы справились с этой болью? Что вы делали?» Женщина отвечает: „Я слушала вальсы Штрауса, это мелодии, под которые мы танцевали.

Мой муж очень любил танцевать. Так мне удалось пережить ночь.» Руководитель деятельности отвечает: «Я могу принести вам кассеты с вальсами Штрауса. Если головная боль усилится, сможете послушать эти записи. Если понадобится я, то я всегда здесь.» Старая дама говорит с облегчением: «Ты такая хорошая девочка! Иди, я знаю, что у тебя много работы, но ты обещаешь мне принести кассеты?»

Руководитель деятельности сдерживает свое обещание, и в дальнейшем жалоб от клиентки становится меньше. Она не исцелилась, но благодаря доверию, возникшему между клиенткой и работником, старая женщина обрела чувство защищенности и почувствовала, что она больше не одинока. Это общение методом валидации заняло пять минут.

Использование техник валидации не занимает много времени, однако требует энергии, внимания и заботливости.

Техники невербальной валидации

Комбинацию вербальных и невербальных техник валидации используют при общении с клиентами, у которых наблюдается «период разрешения» в фазе «дезориентация во времени». Эти люди потеряли понятие времени, они постоянно живут в прошлом, эмоции выражают бесконтрольно и экспрессивно. Контроль над собственной жизнью и социальными ситуациями утерян. Эти люди застряли в своем прошлом. Отчасти это связано с тем, что они не могут осознать настоящее, однако и с тем, что им надо восстановить ситуации прошлого и найти разрешение незавершенных конфликтов, что позволит им достичь умиротворения.

Невербальные техники валидации для руководителя деятельности:

1. Следите за эмоциями клиента!
2. Отражайте эмоции клиента!
3. Снижайте двигательную активность клиента!
4. Используйте зрительный контакт «глаза в глаза»!
5. Чтобы успокоить клиента, обращайтесь с ним мягко и нежно!
6. Если нужно, отвлеките внимание клиента!

Пример: 88-летняя женщина кричит в коридоре отделения: «Отойдите, мне нужно попасть к моей матери!» Руководитель деятельности, отражая беспокойство клиентки, спрашивает: «С вашей мамой что-то случилось?» Женщина отвечает: «Она больна и совсем одна. Я должна ей помочь!» Руководитель деятельности смотрит женщине в глаза, ласково касается ее подбородка и, отражая

ее страх, спрашивает: «Вы боитесь потерять ее?» Старая женщина останавливается, смотрит на работника, кивает и начинает плакать: «Я осталась без нее, она умерла.»

Глубоко в подсознании женщина знает, что ее мать умерла, но она далеко запрятала это знание. Теперь, в старости, оно всплыло в памяти, чтобы она смогла выразить свою скорбь. Своей реакцией и вопросами руководитель деятельности разделила ее скорбь. Слезы принесли женщине облегчение. Через пять минут она с улыбкой говорит работнику: «Ты такая славная девочка, ты мне нравишься!»

Каждый раз, когда клиентка рвалась к матери, к ней применяли техники валидации. Через три недели она перестала искать свою мать. Она получила возможность излить свои чувства и потому успокоилась.

В фазе «навязчивых движений» клиент может потерять способность говорить, но ему все равно необходимо выражать свои чувства, быть полезным и чувствовать себя защищенным, и это никуда не исчезает. Чтобы выразить свои эмоции, такие люди используют движения губ, языка, подбородка и тела, которые обычно работникам непонятны. Поддерживающие таких клиентов валидационные техники включают в себя *музыку и употребление расплывчатых фраз*. Из музыкальных произведений больше всего подходят старые детские песенки, воскрешающие воспоминания и дающие возможность выразить свои эмоции. Расплывчатые реплики и ответы дают клиенту ощущение безопасности при общении с работником. У стороннего наблюдателя может создаться впечатление, что и работник, и клиент несут вздор, однако общение такого рода препятствует уходу клиента в себя, создает хорошее настроение и тормозит регрессию.

14.2. Техника ориентации на реальность (R.O.T)

Применение техники ориентации на реальность — это структурированный способ работать с *людьми со спутанным сознанием и дезориентированностью*, чтобы улучшать их осведомленность о времени, месте и событиях, вносить ясность в ситуации и смягчать негативное, т. е. проблемное поведение. Целевая группа, к которой применяют разновидности этой техники, очень широка, потому что проблемы с ориентацией, построением взаимосвязей, памятью и разрешением проблем имеются у большинства людей, получающих специальные услуги социального обеспечения.

Применение техники ориентации на реальность включает *адаптацию среды*, приемы инструктирования клиента, а также *одновременное применение различных форм коммуникации*. Коммуникацию можно рассматривать как состоящую из трех компонентов: цели, контекста и формы. *Целью коммуникации* может быть получение или передача информации, высказывание мнения, запрета и т. п. *Контекст коммуникации* указывает на ситуацию, в которой происходит коммуникация, а *форма коммуникации* — это средство, избранное для общения человека со средой.

Говоря о формах коммуникации, в первую очередь подразумевается речь, потому что предполагается, что именно речь играет преимущественную роль в получении и передаче информации. Фактически же, доля речи в общении не очень велика; различные исследования утверждают, что она составляет лишь 7–30% коммуникации людей. Это означает, что другие формы коммуникации играют в общении между людьми гораздо большую роль. Другими формами коммуникации, с помощью которых передается информация, могут быть, например, взгляд, мимика, положение тела, тон голоса, движения, жесты и выбор места в помещении. В работе с клиентом к этому добавляют также упрощенные знаки из жестового языка, пиктограммы, фотографии, рисунки и предметы, которые называются «альтернативными формами коммуникации».

Применение техники ориентации на реальность в работе с человеком с особыми психическими потребностями начинается с *выяснения подходящей для него формы коммуникации*. Работникам может казаться, что их клиент с психическим расстройством или с недостатком умственного развития на 100% понимает вербальную речь, но в большинстве случаев это не так. Зачастую клиент скорее улавливает ситуацию, движения работника или тон его голоса, а не распоряжение, данное ему вербальным путем. Для нахождения подходящей формы коммуникации следует испытать раз-

личные возможности, работая с клиентом индивидуально. Большую помощь окажут записанные в плане реабилитации (если он есть) наблюдения и рекомендации логопеда или специального педагога.

Альтернативные формы коммуникации

Пиктограммы

Пиктограммы — это разработанная в Канаде система, опубликованная в 1980-м году. Их создатель, Субхас Махарадж (Subhas Maharaj), работал логопедом в учреждении, занимающемся людьми с недостатком умственного развития. Пиктограмма — это *понятийный знак* (идеограмма), который указывает на какой-то объект, деятельность, ситуацию и т. д. Пиктограммы состоят из стилизованных белых изображений на черном фоне. Значения картинок подписаны над ними белым шрифтом. Количество используемых пиктограмм в разных странах различно. Пиктограммы являются четкими и легко понимаемыми, 90% из них подобны картинкам и лишь 10% понятийны, применяются они в формате 10х10 см и 3х3 см. Пиктограммы могут обозначать конкретные предметы, деятельность, помещения, но бывают и более абстрактными, обозначающими состояния, ситуации, эмоции и оценки.



Рисунок 8. Пиктограммы

Клиента нужно обучить понимать пиктограммы. Проще всего начинать с сопоставления пиктограмм, обозначающих существительные, с соответствующими предметами. После этого нужно начинать практиковаться в сопоставлении пиктограмм и деятельности. Важно, чтобы у клиента возникла связь пиктограммы с последующей деятельностью. Обучение можно ускорить, если не просто показывать клиенту пиктограмму, но инструктировать его брать ее в руки, исследовать и куда-то ставить.

Фотографии и рисунки

Если клиенту трудно понимать или замечать пиктограммы, то в качестве альтернативной формы коммуникации можно предложить фотографии или рисунки. Фотография отличается от рисунка тем, что на ней представлено гораздо больше информации, чем на рисунке, изображенное вполне похоже на реальность и его легче узнать. Рисунок дает меньше информации, поэтому для его понимания требуется больше когнитивных предпосылок.



Рисунок 9. Фотографии, применяемые в работе с клиентом.

Фотографии могут быть гораздо более специфичными, чем рисунки. При изготовлении фотографий следует иметь в виду, что фотографировать нужно именно те предметы, людей, помещения и события, которые клиент знает или использует каждый день. Если есть желание сфотографиро-

вать какую-то деятельности на открытом воздухе, то снимки нужно делать четыре раза — в разные времена года.

NB! Как пиктограммы, так и фотографии и рисунки перед применением в работе с клиентом целесообразно ламинировать.

Предметы

Многие клиенты с тяжелым, глубоким или сложным недостатком здоровья не в состоянии визуально распознать изображение даже на фотографии или рисунке. В этом случае в качестве альтернативной формы коммуникации можно применять предметы. Например, протянутая клиенту кружка обозначает питье чая. Предметы могут быть самыми разными — от зубной щетки до музыкального инструмента. Кроме того, предметы могут быть мультисенсорными — обладать особым запахом, текстурой или звуком. Это помогает клиенту их узнавать и создавать связь между предметом и деятельностью или событием. Выбранные предметы должны быть значимыми для клиента и постоянно употребляемыми в его повседневной жизни. Предметы для применения в коммуникации выбирает обычно работник / член семьи, который лучше всех знает данного клиента. Выбор можно ускорить, если предварительно понаблюдать за клиентом и обратить внимание на то, какие предметы его вообще интересуют.

При выборе предметов работники должны подумать о следующем:

1. Какие виды деятельности клиента нужно обозначить путем использования предметов?
2. Какого размера предмет следует выбрать?
3. Где и как выставлять предметы для клиента?
4. Легко ли будет заменить предмет в случае его поломки?



Рисунок 10. Предметы, применяемые в работе с клиентом для обозначения основных повседневных действий

Для выставления предметов для клиента лучше всего подходит *полка, предназначенная только для этой цели, или соответствующий стенд*. Если решено, что предмет, обозначающий следующий вид деятельности, будет помещаться на столе, то целесообразно не использовать этот стол ни для какой иной деятельности. Клиента инструктируют, что перед началом деятельности нужно подойти к стенду/полке/столу, взять поставленный туда предмет, и лишь после этого совершить необходимую деятельность. Благодаря постоянным повторениям у клиента наконец возникнет связь и понимание связи между предметом и событием/деятельностью.

Упрощенный жестовый (кинетический) язык и жесты

Упрощенный кинетический язык, к сожалению, не очень широко распространен в нашей системе социального обеспечения для взрослых. Возможно, это объясняется тем, что применять кинетический язык довольно сложно и для этого требуются определенные условия. От клиента это требует постоянного применения когнитивных способностей и тонкомоторных навыков, а от работника — соответствующей компетенции или готовности совершенствоваться в этой области. Поэтому руководителю деятельности проще применять в работе с клиентом обыкновенные жесты. Жесты

помогают поддержать труднопонимаемое вербальное распоряжение. Всегда стоит, помимо этого, картировать жесты, которые клиент применяет сам, поскольку у многих из них уже сложился индивидуальный, присущий только им и состоящий из жестов язык. Кроме того, работникам следует договориться между собой, какие жесты применять в определенных ситуациях, поскольку естественное жестикулирование у людей разное.

Труднее обходиться с теми клиентами, которые закончили курсы по выполнению повседневных дел и самообслуживанию и в общении с которыми ранее использовался упрощенный кинетический язык. Для сохранения и развития освоенных навыков клиента руководители деятельности должны продолжать его инструктировать подобным же образом и сами освоить жесты клиента. Использованию упрощенных жестов кинетического языка можно научиться на соответствующих курсах; полезную информацию об этом дает интернет-программа, составленная Дневным центром Кяо <http://lihtsustatudviiped.edu.ee>.

Адаптация физической среды

Помимо нахождения подходящей формы коммуникации, необходимо адаптировать для клиента физическую среду. Для этого все имеющие отношение к клиенту хозяйственные и жилые помещения обозначаются с применением пиктограмм, рисунков или фотографий. Это помогает клиентам лучше понимать, в каких помещениях совершается прием пищи, умывание, туалет и досуговая деятельность. Дверь спальни клиента отмечается его фотографией, двери находящихся в отделении кабинетов отмечаются фотографиями работников. Помещения, не предназначенные для клиентов, маркируются соответствующим образом (например, знаком запрета на двери). Помещения можно обозначить также при помощи различных цветовых решений. Например, двери всех предназначенных для клиента помещений можно выкрасить одним цветом, а двери комнаты для персонала, вспомогательных помещений и наружную дверь выполнить одного цвета со стенами. Маскировка наружной двери чрезвычайно важна в том случае, если в отделении есть дементные клиенты, которые постоянно ходят по отделению и ищут «дорогу домой». В этом случае на наружной двери можно, например, нарисовать окно. Правильный путь в туалет или в столовую можно обозначить контрастными полосами на полу. Если клиент делит спальное помещение с другими клиентами, то его кровать, его тумбочку и его полки в гардеробе тоже следует обозначить фотографиями клиента.

Один из важнейших элементов приспособления окружающей среды — размещение в отделении настенных часов и календарей. В выборе часов и календарей следует руководствоваться не их красотой, но функциональностью. Наилучшие результаты приносят часы с крупным циферблатом и четкими, конкретными и легко узнаваемыми арабскими цифрами. Для календарей важна не декоративность, а то, насколько ясно и крупно обозначены месяцы и даты. Кроме того, полезно будет разложить в отделении газеты, теле- и радиопрограммы и ознакомить с ними клиентов.

Методы, ориентированные на реальность, включают также различные средства, которые помогают дезориентированным клиентам лучше понимать распорядок дня, расход времени и важнейшие события. Этими средствами являются визуализированный распорядок дня и таблица ориентации.

Распорядок дня

Распорядок дня должен быть составлен и визуализирован индивидуально для каждого живущего в отделении клиента, хотя зачастую это невозможно (если в отделении пребывает более 15 человек). В этом случае крайне важно составить *единый распорядок дня* для всего отделения. Деятельность, которая будет происходить в течение дня, визуализируется в распорядке дня и представляется клиентам в *понятной для них коммуникационной форме*. Если в отделении находятся в основном шизофреники или лица с легким недостатком умственного развития, то распорядок дня может быть написан, поскольку большинство клиентов в состоянии читать. Если же постояльцы отделения не могут читать или не понимают прочитанных слов, то распорядок дня следует визуализировать с применением альтернативных средств коммуникации (пиктограмм, фотографий, рисунков или предметов).

Кроме того, построение распорядка дня и количество *одновременно представляемых видов деятельности* зависят от когнитивных уровней пребывающих в отделении клиентов. Чем ниже

когнитивные способности постояльцев, тем меньше видов деятельности можно одновременно представлять в расписании дня. Например, в расписании дня можно указывать деятельность от пробуждения до обеда, от обеда до ужина и от ужина до отхода ко сну. Пиктограмму/фотографию/рисунок уже совершившейся деятельности удаляют из плана или закрывают крестиком контрастного цвета. Для того, чтобы клиенты научились пользоваться расписанием дня, их следует к этому приучать. Перед началом каждой новой деятельности следует подойти вместе с клиентом к расписанию дня, разъяснить ему, какая деятельность сейчас закончилась, убрать или закрыть крестиком указывающую на эту деятельность пиктограмму/фотографию/рисунок и указать на следующую деятельность. Скоро клиенты сами научатся подходить к расписанию дня и смотреть, какая деятельность будет следующей.

Расписание дня создает для живущих в отделении клиентов ясность и ощущение безопасности. Им больше не надо будет постоянно спрашивать у работников, когда наступит время приема пищи, или в котором часу они пойдут в дневной центр. Расписание дня помещают в отделении в то помещение, в котором клиенты находятся больше всего, и где к нему обеспечен свободный доступ. В непосредственной близости от расписания дня следует разместить на стене часы, чтобы клиенты могли сопоставлять положение стрелки часов с картинкой, изображенной на пиктограмме или рисунке.

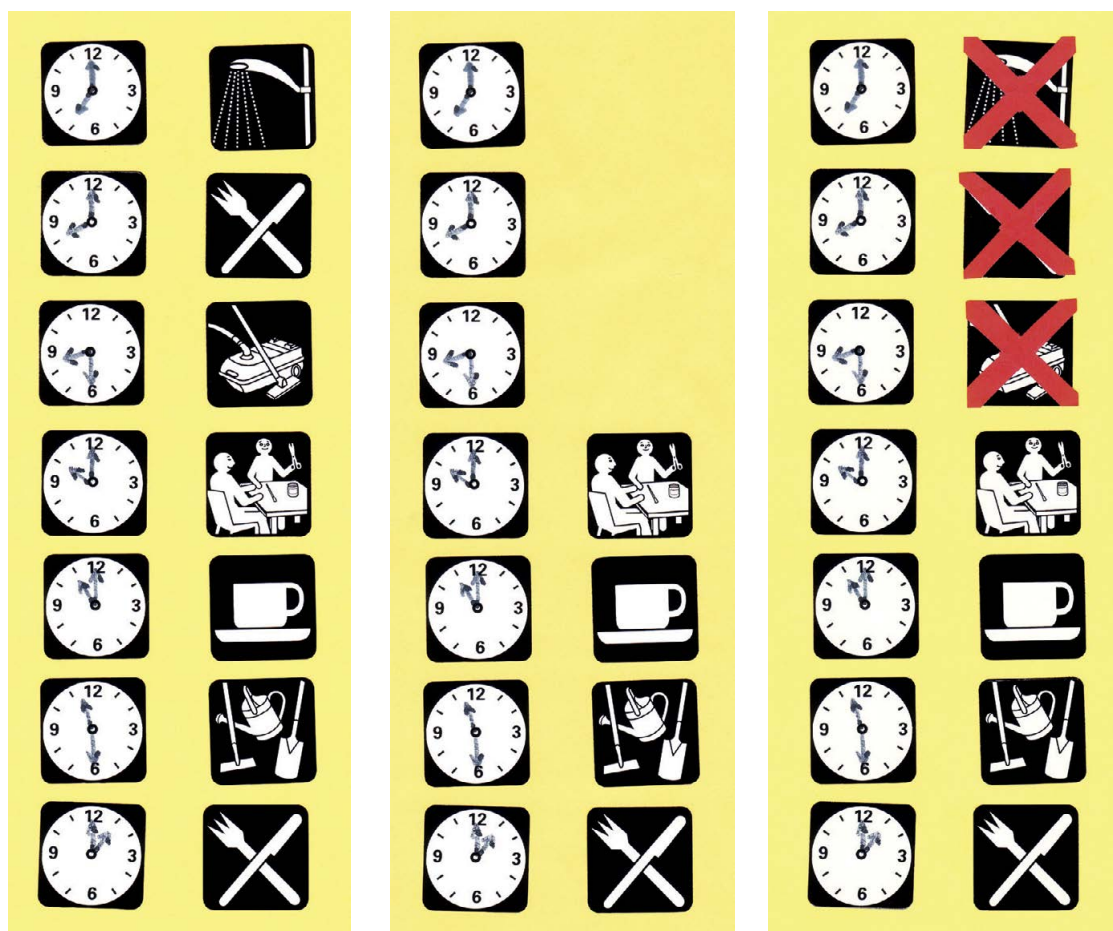


Рисунок 11. Расписание дня от пробуждения до обеда, составленный при помощи пиктограмм

В отделениях, где большинство клиентов составляют лица с глубокой умственной отсталостью или сложным недостатком здоровья, следует составлять предметный расписание дня, поскольку пиктограммы, фотографии или рисунки для этой целевой группы слишком сложны и трудно распознаваемы. У этих людей зачастую нет и понимания времени, поэтому размещать для них часы не обязательно, а виды деятельности можно визуализировать лишь по одной, потому что представление нескольких видов деятельности одновременно может вызвать скорее замешательство. Составление такого расписания дня является настоящим вызовом для работников, поскольку требует изо-

бретательности и способности думать в том же ключе, что и целевая группа. Целью распорядка дня является создание для клиентов ясности о выполненной деятельности, текущем моменте и ближайших событиях. При составлении плана следует концентрироваться не на том, как выглядит наглядное средство и со вкусом ли оно подобрано, но на его функциональности, конкретности и однозначности для понимания. Конечно же, разноцветные и представляющие много информации планы выглядят декоративными, но, к сожалению, они часто остаются непонятными для целевой группы и тем самым становятся бессмысленными.



Рисунок 12. Предметный распорядок дня, применяемый в AS Hoolekandeteenused Karula Kodu

Таблица ориентации

Таблица ориентации — это средство реализации техники ориентации на реальность, помогающее дать дезориентированным клиентам информацию о фактических событиях текущего дня. Таблицу ориентации целесообразно разместить во всех отделениях, дневных центрах и центрах трудовой занятости. При составлении таблицы следует исходить из тех же требований, которые касаются распорядка дня: ее следует составить с использованием тех коммуникационных форм, которые понятны клиентам отделения, и разместить в таком месте, куда клиенты имеют доступ.

В таблице ориентации визуализируются текущий год, время года, месяц и дата, поскольку люди, находящиеся в учреждении социального обеспечения или обладающие малыми когнитивными способностями, эту информацию часто забывают. Кроме того, для клиентов визуализируется погода в данный день, работники, которые находятся на работе днем и которые выйдут в ночную смену, и дневное меню. Кроме того, таблица ориентации — это то место, откуда можно получить сведения о крупнейших событиях отделения (дни рождения месяца, выезды, посещения магазина, празднование знаменательных дней и пр.) и о праздничных днях (Иванов день, рождество, День независимости, масленица и пр.).

Таблицу ориентации заполняют в отделении каждое утро, в определенное время и совместно с клиентами. В дальнейшей перспективе из этого сложится хороший способ совместного начала дня, занимающий определенную часть дневного распорядка. При совместном обсуждении в таблицу будут проставляться соответствующие даты, глядя за окно будут приниматься решения о том, какая сегодня погода и какие картинки/фотографии следует использовать. Для визуализации находящихся на работе сотрудников лучше всего использовать их фотографии. Таблица ориентации дает клиентам большую связь с реальностью, помогает им становиться более самостоятельными и снижает частоту задавания персоналу одних и тех же вопросов.



Рисунок 13. Таблица ориентации, где применены как фотографии, так и картинки и пиктограммы.

14.3. Программа ТЕАССН

Понятие «ТЕАССН» является аббревиатурой английского предложения *Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*, что в переводе означает *лечение и обучение детей с аутизмом и связанными с аутизмом нарушениями общения*. ТЕАССН — это не техника и не метод, но, скорее, всеобъемлющая программа или система руководства поведением аутистов с низким уровнем функционирования.

Главная цель программы ТЕАССН — достижение максимального уровня самостоятельности. Для этого человека с аутизмом инструктируют понимать окружающий мир, приобретать коммуникативные навыки, чтобы общаться с другими, развивать способность справляться с повседневными делами и делать выборы, касающиеся собственной жизни.

Программа ТЕАССН была разработана в Северной Каролине в ходе работы с детьми-аутистами, но эту систему обучения и структурирования можно применять также и в работе со взрослыми аутистами. Применение ТЕАССН в работе с клиентом основывается на следующих предпосылках:

- для аутистов окружающая их среда непонятна и запутана
- аутисту трудно самостоятельно начать и закончить деятельность
- вербальная речь аутисту часто непонятна

Принципы адаптации среды

Для внесения ясности в окружающую обстановку мир аутиста делают маленьким и конкретным. Для этого, например, в центре дневных занятий для аутиста отгораживают полками угол, куда ставят его рабочий стол. Тем самым помещение, где занимается аутист, становится уменьшенным и четко ограниченным. Следует также ограничить и визуализировать место на столе, где начнет происходить деятельность. Для этого на стол можно положить покрытие контрастной расцветки. В других помещениях, которыми пользуется аутист, также создается для него свое место и конкретность; каждый вид деятельности связывается с определенным помещением. Например, прием пищи происходит только в столовой. Это означает, что даже конфету, печенье или яблоко дают только в столовой.

Принципы адаптации деятельности

Осуществлению деятельности (в т. ч. ее началу и завершению) помогает не только то, если она подобрана с учетом диагноза «аутизм», но и, что не менее важно, наличие у нее четкого направления, например, всегда слева направо или снизу вверх. Подбираемая для аутиста деятельность должна быть конкретной и иметь четкий признак завершенности. Такого рода абстрактная деятельность, как рисование, игра в куклы, с мячом, садово-парковые работы и т. п. могут оказаться для аутиста непонятными. Подходящая аутисту деятельность связана, как правило, с подбором предметов, их упорядочении, выделении — в ряд, один на другой, нахождение пары, сочетание и т. п.



Рисунок 14. Подходящие для аутистов занятия

Чтобы деятельность стала еще более понятной, ее различные этапы можно разложить по разным коробочкам. Деятельность осуществляется *слева направо*. В таком случае на начальном этапе в коробочке слева находится то, чем предстоит заниматься, работа производится на середине стола, а то, что готово, кладется в находящуюся справа коробочку (см. рис. 15). Подобным образом с аутистом можно отрабатывать и разного рода работу по дому, например, как складывать белье: то, что не сложено, находится в коробке слева, процесс осуществляется посередине, сложенное белье кладется в коробку справа.



Рисунок 15. Деятельность осуществляется слева направо

Помимо принципа «слева направо», аутисту следует объяснить, чего от него ожидают, т. е. чем он будет заниматься. Для этого в программе TEACCH разработана *система запуска деятельности*. Для запуска деятельности в руки аутисту дается предмет, который имеет символический, обозначающий начало деятельности, смысл (*чек-ин-карточка*). Такого рода символическими *чек-ин-карточками* могут быть самые разные объекты — от фотографии до бутылочной пробки, а их выбор определяется интересами клиента. Для аутиста подготавливается специальная доска, полка или стенд, с которыми будет связано начало деятельности. Предварительно (чтобы помочь уловить смысл) туда может быть помещен такой же символический предмет, или там может быть устроено специальное место для таких предметов. Аутиста, непосредственным образом ему помогая, учат помещать символические предметы в правильные места на доске, стенде или полке. Затем его приучают доставать из-под этого символического предмета помещаемую туда пиктограмму, фотографию, рисунок или предмет (альтернативная форма коммуникации), указывающие на деятельность, которой от него ждут, и с этой пиктограммой, фотографией или т. п. аутист должен перейти к рабочему месту и поместить его на стол. Если клиенту такая система еще не знакома, задача руководителя деятельностью — подготовить на столе все необходимое (поставить коробку с исходными материалами слева). Если система уже знакома, клиент может, опираясь на пиктограмму, фото, предмет и т. п., сам подобрать все, что нужно. Затем клиент занимается, а когда закончит — отдает эту пиктограмму, фото или предмет работнику. Это знак, что деятельность завершена. Можно научить аутиста обозначать завершение деятельности переворачиванием пиктограммы или помещением ее в условленное место.



Рисунок 16. Использование *чек-ин-карточки* для запуска деятельности

Когда деятельность завершена, руководитель снова дает аутисту символический предмет (*чек-ин-карточку*), что является указанием, что нужно подойти к доске, стенду или полке, поместить полученное на место и достать пиктограмму, фото или предмет, указывающие на следующую деятельность, и к этой деятельности приступить. Так аутист привыкает действовать самостоятельно, вмешательство работника ограничивается лишь передачей карточки, получением пиктограммы и своевременным заполнением стенда. Если клиент привык к системе, на стенде одно под другим можно размещать указания на различную деятельность, а связанные с ними коробки пометить пиктограммой или фотографией и ставить эти коробки на полку слева от стола. В таком случае задача работника сводится к приему пиктограммы о завершенной деятельности и передаче кли-

енту символического предмета, а клиент уже по пиктограмме, фото или предмету отыщет нужную деятельность.

На основе TEACCH можно адаптировать всю повседневную деятельность аутиста таким образом, что он сможет относительно самостоятельно справляться все время от пробуждения до отхода ко сну, нуждаясь только в получении от руководителя символических предметов. Разумеется, эффективность системы зависит от последовательности работника, а частота вмешательств — от степени недостатка умственного развития.

14.4. Сенсорная интеграция

Этот процесс помогает *принимать, выделять и трактовать информацию*, поступающую как из окружающего мира, так и от тела и движений самого человека. Сенсорная интеграция закладывает исключительно важную основу для обучения в дальнейшем более сложным вещам и схемам поведения. Создателем теории сенсорной интеграции является Анна Айрс, которая в 1972 году выдвинула гипотезу, что встречающиеся у детей проблемы с поведением и обучением могут являться следствием слабой интеграции сенсорной информации и неспособности высших отделов мозга модулировать и регулировать сенсорно-моторную деятельность периферических центров. Несмотря на то, что, согласно современным исследованиям, нервная система функционирует гораздо сложнее, чем это предполагала Айрс, многие ее представления уместны и сегодня. Это подкрепляется многими работами, в которых показано, что нервная система способна перестраиваться и целенаправленная сенсорно-моторная деятельность есть важный медиатор такого рода изменений.

Человек обучается на основе информации, поступающей как из внешнего мира, так и той, которая инициируется его телом и его собственными движениями, посредством воздействий на органы чувств — прикосновений (тактильное воздействие), движений (вестибулярное), положения тела (проприоцептивное), зрения (визуальное), слуха (аудио), запаха (ольфакторное) и вкуса (густаторное). Сенсорная интеграция сосредотачивается в основном на *тактильных, вестибулярных и проприоцептивных ощущениях*. Эти три чувства совершенно необходимы в повседневной жизни, поскольку позволяют человеку адекватно реагировать на изменения внешних условий. Кроме этого, в рамках теории сенсорной интеграции значительная роль отводится *зрению и слуху*.

Тактильная система

В тактильной системе различают *защитное восприятие*, благодаря которому мы начеку и готовы прореагировать на прикосновение, и *различительное восприятие*, которое информирует нас о том, чем и к чему мы прикоснулись. Если тактильная система человека гипо- или гиперчувствительна, у него может отмечаться следующее поведение:

- в случае прикосновения — уход в себя
- отказ от определенной пищи или определенной одежды
- нежелание мыть голову или расчесываться
- неожиданная реакция при прикосновении к определенным предметам или поверхностям
- уклонение от деятельности, сопряженной с неопределенными прикосновениями

Вестибулярная система

С помощью вестибулярного аппарата человек контролирует свое равновесие и движение. Он скоординирован со зрением, движением головы и тела, и информирует человека о его положении в пространстве и воздействии гравитации, например, наклонена ли голова или она смотрит прямо. Если вестибулярная система человека гипо- или гиперчувствительна, у него может отмечаться следующее поведение:

- нежелание куда-то забираться или участвовать в подвижных занятиях, таких, как катание на качелях, бег, зарядка

- человек часто спотыкается и падает
- постоянно хочет двигаться, например, раскачивается или бесцельно передвигается

Проприоцептивная система

Проприоцептивная система задействует мышцы, суставы и сухожилия, которые на подсознательном уровне передают человеку информацию о его теле. Именно эта система задействуется, когда человек пытается удобнее усесться на стуле или выйти из автомобиля. Кроме того, она позволяет манипулировать предметами, пользоваться тонкой моторикой. Если у человека нарушена проприоцептивная система, у него может отмечаться следующее поведение:

- человек неуклюж и часто падает
- ему сложно сесть на стул, передвигаться в помещении
- человек держит предметы либо слишком сильно, либо слишком слабо
- не может ничего делать вслепую
- не в состоянии планировать и выполнять задания, связанные с моторными умениями

Нарушения сенсорной интеграции могут наблюдаться и у людей с недостатком умственного развития, и при психических расстройствах, и при сложном недостатке здоровья; проблемы с тремя описанными системами проявляются самым различным образом. По отношению к сенсорным воздействиям человек может проявлять повышенную или пониженную чувствительность. Активность его деятельности может быть высокой или низкой. Он может находиться в непрерывном движении, либо быстро уставать. Некоторые люди впадают то в одну, то в другую крайность. В смысле поведения человек может проявлять импульсивность, либо может оказаться, что ему легко помешать, что он не в состоянии организовать собственную деятельность. У некоторых людей отмечаются сложности в адаптации к новым условиям, в незнакомой ситуации они могут проявлять агрессию, впадать в состояние фрустрации или уходить в себя.

Возможности поддержки сенсорной интеграции

В зависимости от масштабов и интенсивности нарушений, вмешательство может осуществляться в трех различных формах.

Активная форма вмешательства

Она нацелена на клиентов, способность к деятельности которых относительно высока, которые могут самостоятельно передвигаться, понимать и чувствовать окружающее. Нарушение сенсорной интеграции может проявляться в повышенной подвижности, моторной неуклюжести или в ходе инструментальной деятельности. Также может отмечаться неумелое поведение при деятельности, связанной с полным и разносторонним контролем за своим телом. При активной форме вмешательства его лучше всего проводить в зале либо в большом помещении, предназначенном для т. н. двигательной терапии, в группах размером от двух до шести человек.



Рисунок 17. Зал для двигательной терапии и используемые для нее предметы в AS Hoolekandeteenused (Koluvere Hooldekodu)

В качестве средств терапии подойдут большие и маленькие терапевтические мячи, прыгательные мячи, мини-трамплин, лестница, гимнастическая скамья, терапевтические валики, мат, канаты, булавы, кресла-мешки, конусы, скакалки, большие кубики лего, терапевтические кубики, ведерки, гимнастические палочки, гимнастические кольца различных размеров и многое другое.

Групповые занятия могут заключаться в прохождении различных дорожек на моторику (см. рис. 18), в играх и соревнованиях. Важно активное участие клиентов, а этого можно добиться, если проявить при выборе деятельности достаточно умений и изобретательности. Деятельность, требующая большей подвижности, должна сменяться деятельностью, требующей сосредоточенности.

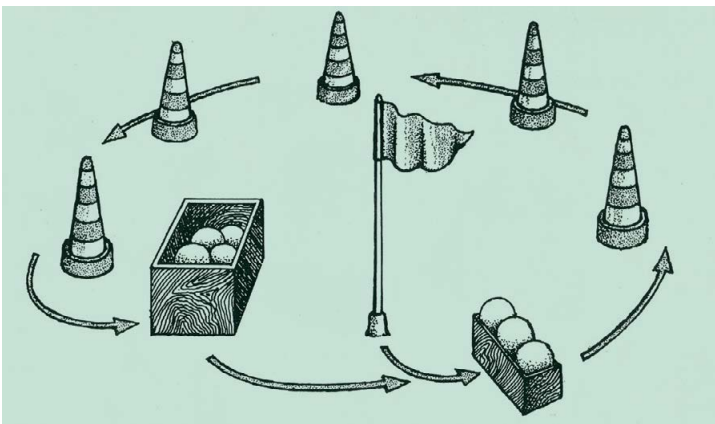
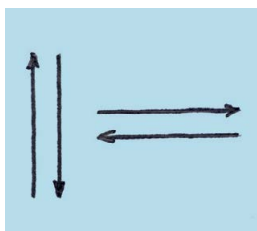
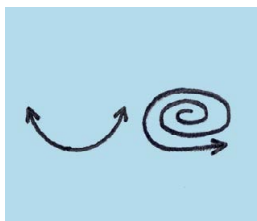


Рисунок 18. Дорожка на моторику.

Наилучший результат достигается при комбинировании различных форм деятельности. Например, клиенту может понадобиться, сохраняя равновесие, пройти по гимнастической скамье, но при этом попасть мячом в цель или поймать брошенный ему предмет. При выборе видов деятельности и средств следует учитывать то, какое *направление движения* предполагается или требуется в том или ином случае. Это важно потому, что различные движения могут оказывать на клиентов *успокаивающее* или *возбуждающее воздействие*. Имея это в виду, можно подбирать занятия индивидуально, исходя из проблем каждого конкретного клиента.



Деятельность, которая предполагает горизонтальное или вертикальное движение, воздействует успокаивающе. Это ходьба, бег, ползание, каратканье, прыжки, катание на парных качелях и т. п.



Деятельность, связанная с вращательными и дугообразными движениями, возбуждает и активизирует. Это всяческие подвесные качели, пружины, горки, карусели, связанные с вращениями игры и т. п.

Рисунок 19. Направление движений

Полуактивная форма вмешательства

Она подходит клиентам, способность к деятельности которых находится на низком уровне — которые не могут самостоятельно передвигаться, которым сложно осознавать окружающее, которые не воспринимают свое тело и зачастую не умеют им пользоваться. Руководителю деятельностью может показаться, что в таких группах очень сложно проводить занятия, поскольку клиенты не всегда умеют управлять своим вниманием и надолго сосредоточиться.

Полуактивную форму можно применять как в условиях отделения учреждения социального обеспечения, так и в дневных центрах. Необходимые предметы можно приобрести в магазинах, где продаются игрушки для самых маленьких, заказать по интернету, сделать самостоятельно или подобрать что-то из имеющегося в хозяйстве. Нередко самый подходящий для таких случаев инвентарий удастся подобрать, разбирая старый хлам. В целях безопасности предметы не должны быть слишком маленькими или хрупкими, кроме того, они должны хорошо отчищаться. Главная цель, для которой используются предметы, — это возможность быстрого получения обратной связи. Поэтому, когда клиент прикасается к этим предметам, берет их в руки и начинает ими манипулировать, он должен получать немедленный ответ в виде шуршания, дребезжания, изменения формы, движения и проч. Это возбуждает в клиенте любопытство и подвигает на большую активность. Различная текстура, размеры и форма предметов позволяют клиенту испытывать различные тактильные ощущения.



Рисунок 20. Средства для полуактивной формы вмешательства в сенсорную интеграцию

При этой форме также полезно предлагать клиентам комбинированные виды деятельности. Например, клиент может сидеть или лежать на животе пытаться поднять голову, сохраняя при этом равновесие и одновременно складывать что-нибудь в коробку или что-нибудь доставать из нее. Полуактивную форму вмешательства можно применять как индивидуально, так и в группе, если в

отделении или дневном центре есть несколько клиентов соответствующего уровня. В последнем случае, разумеется, речь может идти только о параллельных группах, т. е. когда клиенты находятся в одном помещении, но занимается каждый по отдельности.

Пассивная форма вмешательства

Эта форма используется при работе с клиентами, которые в основном углублены в себя, исключительно пассивны или апатичны, чья способность к деятельности находится на очень низком уровне (III фаза деменции, люди с глубоким недостатком умственного развития или сложным недостатком здоровья). Подходит такая форма и для крайне беспокойных клиентов, которые постоянно находятся в состоянии хаотического движения (II фаза деменции, клиенты с гиперактивностью и проблемами концентрации). В случае с пассивными клиентами цель вмешательства — усиление интенсивности восприятия и реакций. Если речь идет о гиперактивных — успокоение и расслабление.

Для реализации пассивной формы вмешательства следует создать в учреждении сенсорную комнату, под которую можно отвести одно из помещений отделения или дневного центра. Если возможности организации этого не позволяют, можно организовать сенсорный уголок, используя часть какого-то помещения, спальню, даже часть коридора. Элементы сенсорной комнаты можно с успехом разместить в ванной.



Рисунок 21. Различные варианты сенсорных комнат.

Есть масса вариантов того, как обставить сенсорную комнату. В интернете можно найти очень дорогие и эксклюзивные решения: www.rompa.com, www.mikeayresdesign.co.uk, www.sensoryplus.co.uk.

В то же время, фантазия и творческая жилка работников помогут создать замечательно работающую сенсорную комнату практически без денежных затрат. Нужно только желание, осмотреться по сторонам, поискать дома, на складах и в чуланах.

Находясь в сенсорной комнате, клиенты могут слушать успокаивающую музыку или звуки природы. На них действуют различные визуальные раздражители (освещение, игра цвета), они могут потрогать различные поверхности и материалы. Чем пассивнее клиент, тем большая сенсорная стимуляция ему необходима. При работе с перевозбужденным клиентом нужно пробовать средства по очереди и, возможно, остановиться на одном-двух раздражителях, поскольку излишняя стимуляция может привести клиента в еще более возбужденное состояние.

Сенсорная комната подходит как для индивидуальной, так и для групповой работы, но всегда действует правило: ни клиент, ни группа никогда не должны оставаться в этой комнате без присмотра. Кроме того, это хорошая возможность для работника пообщаться с клиентами в защищенной от всего плохого, приятной обстановке и наладить доверительные отношения. Находиться в сенсорной комнате можно 20–60 минут, и для некоторых клиентов это может быть частью распорядка дня.

15. ОСНОВНЫЕ ПРИЕМЫ РАБОТЫ В ПОВСЕДНЕВНОМ УХОДЕ

Потребность в специальных услугах социального обеспечения возникает у лиц, проблемы которых связаны с утратой способности к деятельности, и вытекающей из этого необходимости в посторонней помощи. Чтобы выяснить, какая поддержка и какое руководство является для клиента оптимальным, следует иметь представление о *степенях поддержки*. Если иметь их в виду еще при первом контакте с клиентом при его осмотре и уточнении способности к деятельности, будет более ясным первоначальное направление работы с ним.

Исходя из частоты, объема и интенсивности оказываемой помощи, можно выделить четыре **степени поддержки**.

1. Эпизодическая поддержка.

Предлагаемая поддержка основывается на утверждении «Нужно, если...». Поддержка по своему характеру эпизодическая, поскольку человек не нуждается в ней постоянно, а лишь на определенных этапах своей жизненной дуги и кратковременно. Эпизодическая поддержка в такие периоды может быть как низкой, так и высокой интенсивности. Эпизодическая поддержка подходит прежде всего тем людям, которые справляются с основными повседневными задачами, но в случае изменений в жизни сталкиваются с проблемами, в т. ч. с планированием. Речь идет, например, о переезде, планировании крупных покупок, устройстве на работу или учебу, налаживании отношений с близкими, рождении ребенка и т. п.

2. Ограниченная поддержка.

Такая поддержка характеризуется непрерывностью и регулярностью, при этом она ограничена по времени и оказывается с четко установленной периодичностью. Именно эта четкая периодичность отличает ограниченную поддержку от эпизодической. Для оказания ограниченной поддержки требуется меньше работников и ресурсов, чем при более интенсивных вариантах, и работник ясно представляет, когда, кому и в чем помогать и направлять. К такого рода услугам можно причислить планирование бюджета, периодическую терапию, еженедельное руководство при уборке жилища и прочую поддержку в конкретных областях.

3. Обширная, широкая поддержка.

Этот вид помощи подразумевает регулярное (каждодневное) участие по крайней мере в одной среде (дом, работа, дневной центр). По своей сути это непрерывная, относительно интенсивная поддержка, не ограниченная по времени. Ею может быть, например, помощь в составлении ежедневного распорядка и руководство при следовании ему, помощь в гигиенических процедурах по утрам и вечерам, помощь в ежедневных посещениях дневного центра, при выполнении повседневных заданий или обязанностей. Такая поддержка подходит людям, которые самостоятельно справляются как минимум с BADL-активностью и поэтому в определенных ситуациях могут обходиться без посторонней помощи.

4. Постоянная поддержка.

Этот вид поддержки характеризует непрерывность, высокая интенсивность, связь с различными средами, жизнеобеспечивающий характер. Постоянная поддержка требует больше работников и ресурсов, а также постоянного внимания и быстрого реагирования. Оказывается людям, которые нуждаются в помощи везде, куда бы они ни направлялись, где бы ни находились. К числу нуждающихся в подобной помощи обязательно причисляются аутисты, люди с тяжелым и глубоким недостатком умственного развития и другие лица, чья ориентация по отношению к самому себе и окружающей среде значительно нарушена, и у которых отсутствуют многие навыки ухода за собой.

Уровни оказываемой поддержки могут различаться в каждом конкретном случае, поскольку человек развивается и с течением времени меняется. Информированность об определенных диагнозах может оказаться полезной в понимании того, что через какое-то время поддержка должна стать более интенсивной. Клиентам специального социального обеспечения в большинстве случаев

определяется *степень тяжести недостатка здоровья* — средняя, тяжелая или глубокая. Здесь можно провести параллель с уровнями поддержки, однако более надежный метод — наблюдение за клиентом, выяснение всех обстоятельств, разностороннее изучение и выявление тех признаков, которые указывают на необходимость той или иной помощи.

Определение уровня поддержки определяет общее направление, в котором будет вестись работа с человеком, однако для практической работы этого недостаточно. Важно разбираться в различных возможностях поддержки, чтобы сделать такой выбор, который бы обеспечил оптимальность стороннего вмешательства при оказании помощи в деятельности.

Возможности поддержки повседневной жизни и деятельности человека

- **Приспособление видов деятельности или используемых в них средств и предметов.**
Включает в себя упрощение повседневной деятельности (например, складывание одежды в определенном порядке), создание средств (например, полки для помещения необходимых в течение дня предметов), адаптацию средств (одежда на липучках, перчатки, игрушки).
- **Адаптация вспомогательных средств.**
Это, прежде всего, помощь клиенту при использовании им назначенных ему вспомогательных средств или изобретение каких-либо приспособлений, облегчающих некоторые виды деятельности (вспомогательные средства для передвижения, для ухода за собой и т. п.).
- **Адаптация окружения.**
Подразумевает адаптацию как физической (архитектурной, предметной), так и социальной среды (в первую очередь наличие работников), исходя из принципов обеспечения необходимого самостоятельного перемещения, стимуляции, ясности и однозначности происходящего, организации времени, чувства уюта и т. п.
- **Демонстрация видов деятельности (личный пример).**
Используется в основном при отработке новых навыков, а также при руководстве повседневной деятельностью в отношении клиентов, которые обучаются медленно и склонны к бесцельному поведению.
- **Присутствие, контроль и напоминание.**
Предполагает, что большую часть времени работник находится в поле зрения клиента, чтобы в случае необходимости (работа застопорилась, занятие закончилось) работник мог вмешаться и указать клиенту на дальнейшие занятия.
- **Постоянное присутствие и вербальное руководство.**
Подходит для клиентов, склонных к бесцельной деятельности, для клиентов с нарушениями внимания и т. п., у которых слабо развиты навыки организации деятельности, которые, однако, понимают речь, или для общения с которыми налажены альтернативные каналы. Такого рода руководство подходит в том случае, если базовые навыки для выполнения поставленной задачи у клиента присутствуют.
- **Постоянное присутствие и мануальное руководство.**
Необходимо для клиентов, у которых отсутствуют или недостаточно развиты базовые навыки для решения поставленных задач, возможность передвижения ограничена, но не полностью.
- **Полная помощь.**
Требуется клиентам с очень низким уровнем способности к деятельности — в последней фазе болезни Альцгеймера, клиентам с глубоким недостатком умственного развития, с неподвижностью и т. п. У клиента, как правило, сохраняется какой-либо навык, который при определенном виде деятельности позволяет ограничиваться мануальной, а не полной помощью.

Возможности оказания поддержки в повседневной деятельности приведены более или менее иерархично. Они должны выражаться и в отношении к оказываемой клиенту помощи: ее должно быть столько, сколько нужно, но настолько мало, насколько это возможно. Ведь человек хочет самостоятельно делать то, что умеет, и настолько, насколько может. Приспособление предметов и вспомогательных средств позволяет клиенту не только научиться ими пользоваться, но и дает возможность

почувствовать свою независимость от других. Именно по этой причине полная помощь находится на последнем месте — совершенно беспомощное состояние идет вразрез природе человека.

Среди всех вариантов оказания поддержки в данной главе будет уделено несколько большее внимание *приспособлению вспомогательных средств, предметов* (в случае сложного недостатка здоровья) и *мануальному руководству*. Это сделано потому, что другие методы работы являются более привычными и о них, как с точки зрения коммуникации, так и в смысле среды, в основном рассказано в главе, посвященной методам работы с клиентами. Особо рассматривается руководство клиентами с тяжким сложным недостатком здоровья, поскольку в этом случае на вербальную коммуникацию рассчитывать не приходится и бывает сложно понять, в чем клиенту требуется полная помощь, а в чем он сможет достичь результата и при мануальном руководстве.

15.1. Применение вспомогательных средств

Вспомогательными средствами называют такие средства, устройства и предметы для уменьшения вызванных медицинскими причинами ограничений деятельности, в которых человек с недостатком здоровья или ограниченной способностью к деятельности нуждается для того, чтобы лучше справляться с повседневной деятельностью. Здесь важно сделать акцент на *медицинские причины*. В официальной речи вспомогательными средствами называются такие, которые используются для компенсирования нарушений, обусловленных симптомами или проблемами, связанными с определенными диагнозами.

В эстонском законодательстве вспомогательные средства называются *техническими вспомогательными средствами*, однако существуют изделия (протезы, ортезы, инструменты, оснащение и технические системы), с помощью которых можно предотвращать усугубление возникшего или врожденного недостатка, компенсировать нарушение функциональности, обусловленное повреждением или недостатком, улучшить или поддерживать на как можно более высоком уровне физическую и социальную независимость и способность к деятельности.

Вспомогательные средства подразделяют на различные группы, исходя из того, какую функцию человека или сферу его деятельности они поддерживают:

- средства для передвижения
- опорные устройства и протезы
 - вспомогательные средства для поддержки ног и ортопедическая обувь
 - вспомогательные средства для поддержки рук
 - динамические ортезы
 - статические ортезы
 - фиксаторы для шеи или тела
- вспомогательные средства для пользования другими средствами
- вспомогательные средства для коммуникации и зрения
- вспомогательные средства для ухода за собой
 - вспомогательные средства, облегчающие принятие пищи
 - вспомогательные средства, облегчающие пользование туалетом
 - вспомогательные средства, облегчающие умывание и гигиенические процедуры
 - вспомогательные средства, облегчающие одевание
 - вспомогательные средства, облегчающие перемещение и подъем

- вспомогательные средства, связанные с обучением и коммуникацией
- вспомогательные средства для досуга и игр
- оснащение жилых и прочих помещений и дополнительные устройства в них
- необходимые при реабилитации средства для ухода и упражнений

Многие из этих вспомогательных средств весьма специфичны, и знание их необязательно при работе со всеми людьми с особыми психическими потребностями. Поэтому остановимся подробнее лишь на некоторых вспомогательных средствах и их группах.

Вспомогательные средства для передвижения

Главная задача вспомогательных средств для передвижения — компенсировать нарушения равновесия или ограниченную подвижность нижней части тела. К этой группе относятся, например, трости и палки, костыли, ходунки с колесиками и без, кресла-коляски, специальные трехколесные велосипеды и т. п.



Рисунок 22. Варианты вспомогательных средств для передвижения (стандартное кресло-коляска, ходунки с колесиками и без)

При использовании вспомогательных средств для передвижения полезно знать следующие общие принципы:

- Пользованию вспомогательными средствами для передвижения следует учить.
- При нарушениях равновесия и слабых ногах подходят ходунки без колесиков.
- Ходунки с колесиками следует использовать в первую очередь при слабости нижней части тела. Управление ими требует большего умения.
- Хорошее кресло-коляска должно быть подобрано соответственно росту и размерам человека, чтобы обеспечивать ему достаточную поддержку и удобное сидячее положение.
- Надо следить, чтобы ноги сидящего в кресле-коляске клиента имели опору, не позволяйте им «болтаться», если только клиент не пытается управлять креслом с помощью ног.
- Следует избегать сползания клиента в случае проблем с равновесием. Используйте широкие и желательны четырех- или пятиточечные ремни, помочи; ремни с креплением в одной точке используйте только для поддержания бедер (не под мышками).
- Если кресло-коляска слишком велико для клиента, постарайтесь обеспечить ему опору с помощью подушек и не допускайте, чтобы клиент весь день проводил в неестественной позе.

Опорные устройства и протезы

Опорные устройства и протезы можно охарактеризовать как вспомогательные средства, способствующие повышению общей активности. Их использование позволяет сохранять анатомически правильное положение тела, избегать обездвиживания суставов, заменять отсутствующие конеч-

ности или компенсировать слабость членов или всего тела. При работе с клиентами со сложным недостатком здоровья наиболее распространены фиксаторы шеи и тела, специальные подошвы или обувь в целом, фиксаторы запястий и ортезы.



Рисунок 23. Лучезапястный ортез, фиксатор шеи

Рекомендации по пользованию опорными устройствами и протезами:

- Если для клиента подготовлены ортезы, следует изучить, насколько часто и когда именно он будет ими пользоваться, и проследить, чтобы это делалось в соответствии с рекомендациями.
- Не надо держать на клиенте ортез дольше положенного времени, это может доставлять клиенту неприятные ощущения.
- Перед закреплением ортеза нужно произвести легкий массаж мышц и суставов клиента.
- Лучезапястный ортез может существенно повысить функциональность руки клиента. Попробуйте воспользоваться им, вместо того чтобы помогать.
- Использованию ортезов и опор могут мешать патологические рефлексy. Нужно проявлять в этом отношении бдительность!
- Фиксатор шеи может неприятно давить на горло. Всегда следите за тем, чтобы он устанавливался правильно.

Фиксатор шеи — это один из первых способов помощи, если клиент не держит голову, и от этого страдает вся его самостоятельная деятельность. Нередко оказывается достаточно фиксировать положение головы, чтобы заметить значительное увеличение заинтересованности клиента в происходящем вокруг, в его желании и способности действовать. Клиентам с параличом или неправильным положением верхних конечностей могут значительно помочь различной жесткости лучезапястные ортезы, которые можно приобрести, например, в магазине спорттоваров. Простые, слегка фиксирующие запястье опоры могут значительно улучшить функциональность руки.

Вспомогательные средства для ухода за собой

Задача вспомогательных средств, предназначенных для самообслуживания, — поддержать самостоятельные действия человека в самых обычных ситуациях. Поскольку уход за собой — это еще и самые интимные действия, при которых к посторонней помощи прибегают в исключительных случаях, эти средства играют большую роль в поддержании чувства уверенности в себе, самостоятельности. К такого рода средствам относятся:

1. Приспособления, упрощающие прием пищи. Это могут быть специальные тарелки с высокими бортиками, подставки под край тарелки, чашки с двумя ручками, с носиком, столовые приборы с более толстыми (удобнее держать), более тяжелыми (проще координировать движения) ручками, приборы с меняющимся направлением (если ограничена подвижность конечностей), нескользящие покрытия на стол и многое другое.



Рисунок 24. Вспомогательные средства, облегчающие принятие пищи

2. Вспомогательные средства, облегчающие пользование туалетом, — это специальные приступки перед унитазом (при нарушениях равновесия и ослабленной нижней части тела), специальные сиденья (если, например, человеку сложно удерживать сидячее положение), унитаз, на который можно заехать прямо на кресле-каляске и т. п.



Рисунок 25. Вспомогательные средства, облегчающие пользование туалетом

3. Вспомогательные средства, облегчающие умывание и гигиенические процедуры, — это, например, снабженные пружиной ножницы для подстригания ногтей, расческа с длинной ручкой, губки, щетки и мочалки с удлинённой ручкой и изменяемой формой, сиденья для душа, сиденья для душа на колесиках и т. д.



Рисунок 26. Вспомогательные средства, облегчающие умывание

4. Вспомогательные средства, облегчающие одевание. Ими может быть помогающая одеваться трость, крючки, удлинённая ложка для обуви, приспособление для застегивания пуговиц, для надевания обуви, скамеечка для обувания, кольца и петли и проч.

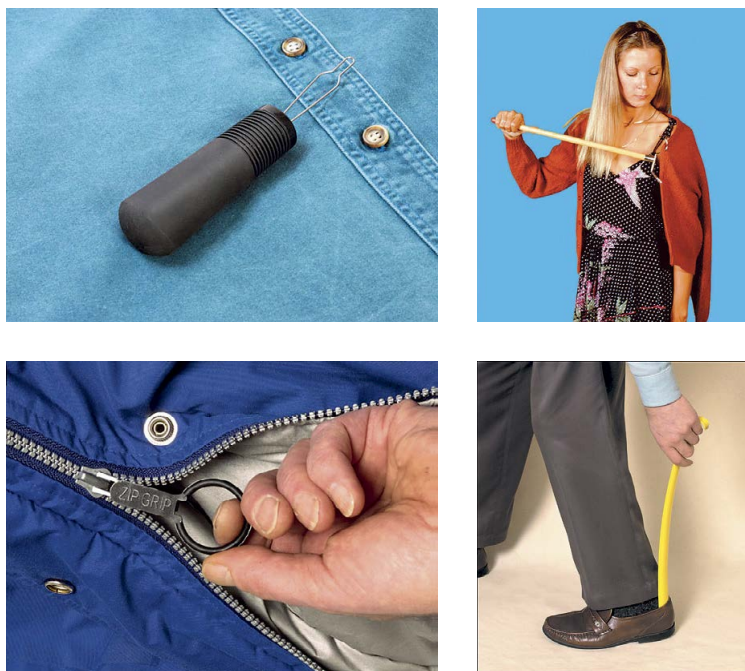


Рисунок 27. Вспомогательные средства, облегчающие одевание

5. Вспомогательные средства, облегчающие перемещение и подъем, — это перила на стенах, у кровати, в туалете и ванной, подъемники в ванной, функциональные кровати и др.

Когда речь идет о вспомогательных средствах для ухода за собой и подобных им, следует, разумеется, следить, чтобы средство не только было бы у человека, а чтобы оно действительно помогало ему. Если к недостатку, связанному с движением, добавляется еще и недостаток умственного развития, использование вспомогательных средств (например, при одевании) может только осложнить деятельность и сделать ее еще более мучительным. В таком случае приспособлению следует предпочесть приспособливание физической среды, одежды и применяемых приемов инструктирования.

Приобретение и адаптация вспомогательных средств

О необходимости вспомогательного средства свидетельствует справка от врача или план реабилитации с пометкой о соответствующем средстве. Например, по состоянию на 2010 год детям и трудоспособным лицам протезы стоимостью более 20 000 крон компенсировались на основании плана реабилитации, а пенсионерам по старости — на основании справки от врача-специалиста (иногда и по требованию уездной экспертной комиссии).

Вспомогательные технические приспособления, изготовленные индивидуально или выпускаемые серийно, можно купить или арендовать на льготных условиях и также ходатайствовать о компенсации. Это могут сделать родители или опекуны ребенка, в также лица трудоспособного возраста, у которых установлена как минимум 40-процентная утрата трудоспособности (при нарушениях слуха — от 30%), или у которых определена степень тяжести недостатка здоровья, а также лица пенсионного возраста, которым вспомогательное средство поможет справиться с повседневной жизнью, и инсулинозависимые диабетики для приобретения глюкометра. Серийно изготовленные вспомогательные средства при необходимости соответствующим образом подгоняются, с учетом нужд конкретного человека.

Таким образом, потребность во вспомогательных средствах определяет врач либо реабилитационное учреждение. В то же время мы можем использовать при работе с клиентами обычные распространенные вспомогательные средства, или сделать их самостоятельно. При этом, однако, следует учитывать, что выбирать и приспособливать вспомогательные средства следует таким образом, чтобы они вписывались в реальную жизнь, не доминировали бы над человеком, как-нибудь специально не выделяли бы его, не придавали бы его действиям неуместной экстравагантности.

Важно иметь в виду потребности не только самого этого человека, но и его близких, и тех, кто о нем заботится: вспомогательное средство не оправдывает себя, если его использование требует от окружающих серьезных дополнительных усилий и ресурсов. Вспомогательное средство должно соответствовать среде. Так, в учреждениях социального обеспечения нередко можно встретить подъемники и инвалидные кресла, которые не проходят в двери, а то и не умещаются в комнатах.

Хорошее вспомогательное средство можно также охарактеризовать следующими ключевыми словами: регулируемое, простое в использовании, долговечное, легко отчищается и отмывается, безопасное, эстетичное.

Вспомогательные средства в случае тяжелого и глубокого сложного недостатка здоровья

В случае тяжелого и глубокого сложного недостатка здоровья понятие «вспомогательные средства» трактуется кардинально иначе и значительно шире, чем в иных ситуациях. Это обусловлено тем, что речь идет не о компенсировании функциональных нарушений определенных органов, а о реорганизации всего жизненного окружения человека с ограниченными возможностями, используемых им предметов и материалов. К задаче, чтобы человек справлялся с практической деятельностью, прибавляются задачи, которые связаны с повседневными ситуациями и пониманием деятельности. Поэтому в данном случае к вспомогательным средствам можно причислить все, что используется для прояснения клиенту ситуации, в т. ч. то, что необходимо в рамках методов альтернативной коммуникации, — стенд или полка для распорядка дня, ориентационных таблиц и т. п. Кроме того, возрастает необходимость в использовании вспомогательных средств для обслуживания, подъема и передвижения. Но особо следует остановиться на приспособлении предметов.

В число вспомогательных средств для лиц со сложным недостатком здоровья входят такие объекты, которые можно использовать для поддержки физического положения таких людей. Самым важным моментом при руководстве людьми со сложным недостатком здоровья как раз и является коррекция их положения. От правильно выбранной исходной позиции зависит успех дальнейшей деятельности.

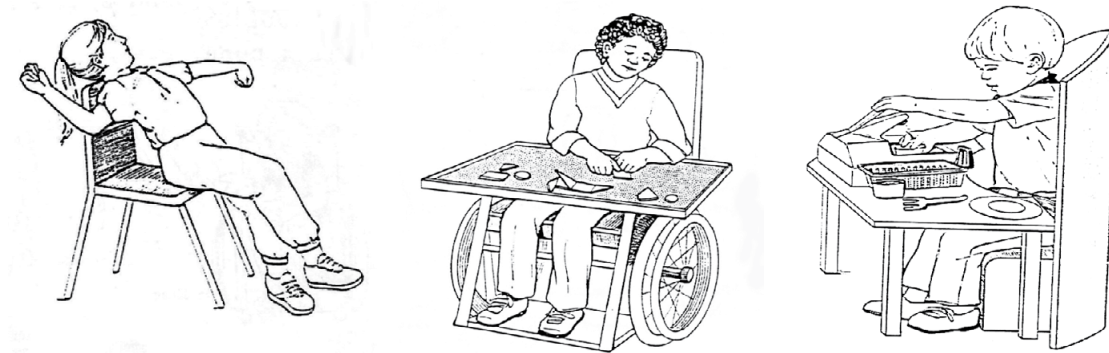


Рисунок 28. Неверное положение клиента со сложным недостатком здоровья и скорректированное вспомогательными средствами более правильное положение, с хорошей опорой

Кроме того, к числу вспомогательных средств для людей со сложным недостатком здоровья можно отнести все, что позволяет лучше поддерживать контакт со средой и понимать происходящее. В некоторых случаях человек не может выразить ничего, кроме «да» или «нет», поскольку работа с картинками или предметами ему не под силу. Способность выражения может ограничиваться лишь минимальными движениями глаз или рук. Самостоятельность клиентов, знаки которых трактуются легче, можно повесить и простыми быдовыми средствами. Рядом с большим термометром можно повесить пиктограмму-руководство, которая поможет при выборе одежды. С помощью пиктограммы или специальной скатерти можно визуализировать, как в настоящий момент следует накрывать на стол. Возможности приспособления быдовых средств, чтобы сделать их более понятными клиенту, безграничны, руководителю достаточно проявить лишь немного смекалки.

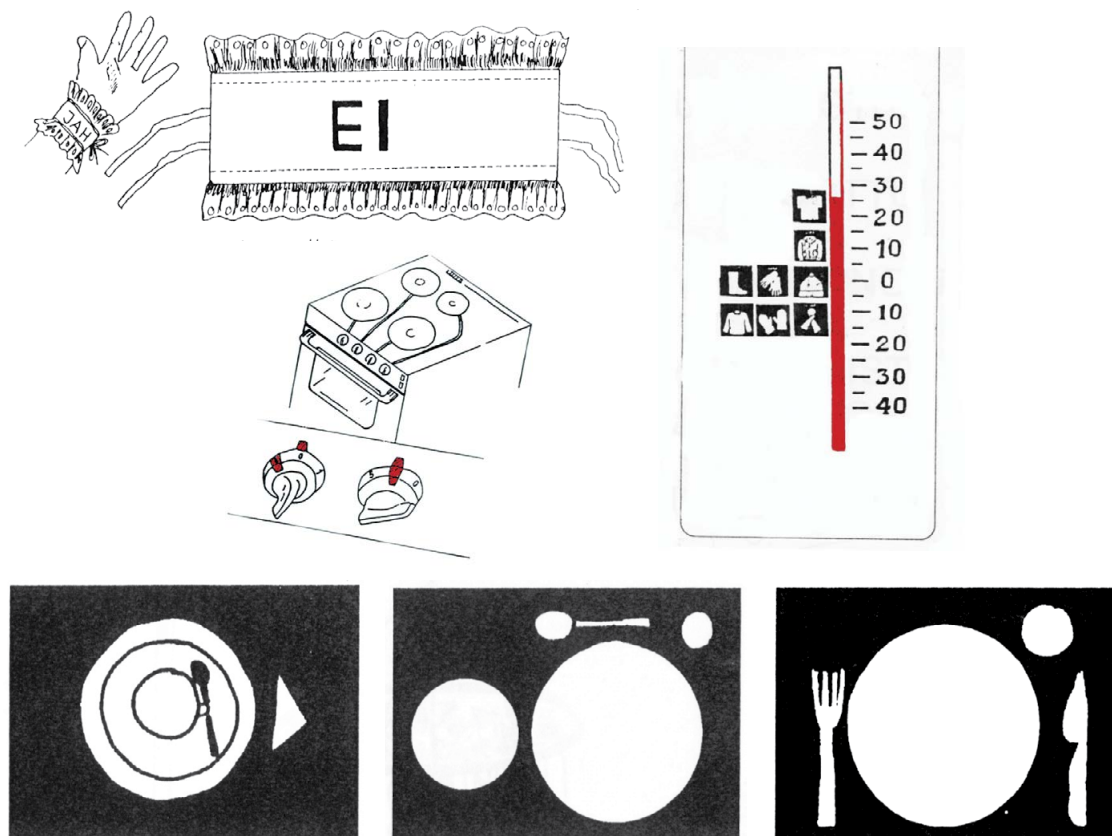


Рисунок 29. Вспомогательные средства / приспособления, связанные с коммуникацией и организацией различных видов деятельности

Если у человека проблемы с тем, чтобы брать и удерживать предметы, ему все же можно обеспечить возможность самостоятельно учиться, играть и участвовать в уходе за собой. Большую помощь при создании вспомогательных средств и приспособлении предметов могут оказать застежки-липучки. Если заменить ими все другие застежки, клиенту будет значительно проще управляться с одеждой. С помощью липучек можно компенсировать недостаток способностей захватывать и удерживать предметы.

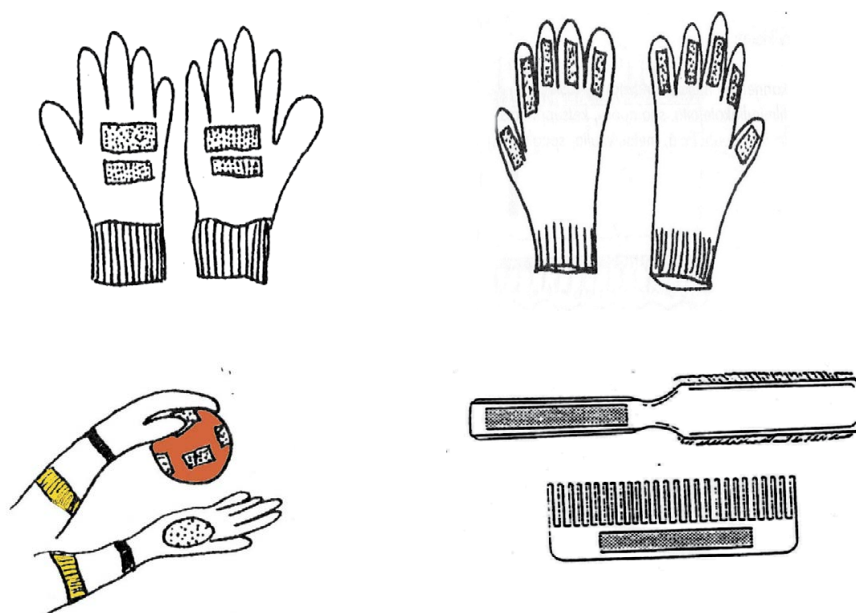


Рисунок 30. Перчатки и иные предметы с липучками

15.2. Мануальное руководство

Мануальное руководство основывается на методе нейроразвивающей (NDT) Бобат-терапии, которая ставит целью обучить людей с поражениями центральной нервной системы (при ДЦП, посттравматическом повреждении мозга — специфические воздействия на головной мозг) нормальным и функциональным схемам движения и отрабатывать с ними эти движения, чтобы достичь максимальной самостоятельности клиентов в повседневной деятельности. Британские психиатр и нейропсихолог Карел Бобат и психотерапевт Берта Бобат создали этот метод для работы с взрослыми, имеющими диагноз «церебральный паралич» или «гемипарез». Его называют Бобат-методом, Бобат-терапией, нейроразвивающей терапией или техникой, по-английски NDT — от *Neurodevelopmental Treatment/Technics*.

Бобат-терапию применяют для отработки нормальных, необходимых для осуществления деятельности движений. В ходе занятий снижается аномальный мышечный тонус, ограничиваются неосознанные движения. При отработке любых действий опираются на *следующие принципы*:

- избегание любых движений и действий, повышающих мышечный тонус и вызывающих неестественные движения
- развитие нормальных схем положения и движения тела, которые выбираются только исходя из того, что требуется для осуществления конкретной деятельности
- восстановление симметрии, для чего во всех отрабатываемых упражнениях задействуется парализованная сторона тела
- вмешательство осуществляется в целях качественных изменений в движении и функционировании парализованной стороны тела.

Бобат-методика широко используется физиотерапевтами и эрготерапевтами для оценки, планирования и организации вмешательства при работе с клиентами с повреждениями центральной нервной системы. К сожалению, в учреждениях, предоставляющих специальные услуги социального обеспечения взрослым с особыми психическими потребностями, таких специалистов немного. Поэтому полезно, если руководители деятельностью знают о принципах этой методики и умеют применять ее элементарные приемы при мануальном руководстве клиентом.

Мануальное руководство — это осуществляемые посредством рук работника направление и коррекция движений клиента для обучения его правильным действиям. Работник пользуется своим телом как средством, чтобы направлять тело и конечности клиента в нужную сторону и осуществлять движения. С помощью мануального руководства можно поддерживать любую повседневную деятельность клиента, однако при его осуществлении руководитель должен иметь в виду следующее.

- Мануальное руководство основывается на доверительных отношениях между работником и клиентом.
Мануальное руководство подразумевает интимный и непосредственный контакт между двумя людьми. Для достижения успеха обе стороны должны чувствовать друг друга и доверять друг другу. Поэтому невозможно осуществлять мануальное руководство клиентом, которого работник не знает, или с которым у работника никогда не было контакта. Человеческое доверие является надежным залогом того, чтобы клиент вообще был в состоянии переносить прикосновения постороннего и имел в ходе терапии достаточную мотивацию.
- Отработка действий всегда осуществляется в поддерживающей обстановке.
Поддерживающая обстановка подразумевает в первую очередь подходящую естественную среду — отработка движений при приеме пищи производится в столовой отделения, умывание — в ванной и т. д. В то же время важно, чтобы в момент занятий не было сторонних раздражителей, которые бы мешали направлению и концентрации внимания клиента и работника и установ-

лению контакта между ними (другие клиенты, коллеги, ремонт, работающий телевизор, радио и проч.).

- Перед началом занятий следует убедиться, что клиент понимает, что будет происходить. Чтобы закрепить это понимание, клиенту в начале занятий просто и четко объясняют, что именно будет делаться, и чего от него ждут. Чтобы объяснения были понятны, при необходимости следует подкреплять свою речь альтернативными формами коммуникации (пиктограммами, фотографиями, рисунками, предметами). Для мотивирования клиента с более низким когнитивным уровнем можно пообещать ему какое-либо вознаграждение, например сладкое.
- Руководство осуществляется из-за спины или сбоку от клиента. Работник стоит или сидит позади клиента либо с его парализованной стороны, поддерживая своим телом позу клиента. Если деятельность подразумевает сидячее положение, удобно воспользоваться табуреткой с четырьмя ножками. Работник своим телом поддерживает позу клиента, и если клиент сползает, может ее быстро скорректировать. Осуществлять руководство с боку можно в том случае, если клиент может сохранять равновесие, и нет опасности, что он упадет.
- В ходе занятий положение тела клиента должно быть симметричным. В случае, если у клиента парализована одна сторона тела, руководитель должен обращать на нее внимание клиента, чтобы он старался ее задействовать. Например, при приеме пищи парализованная рука может лежать на столе или держаться за блюдечко с хлебом. Работник должен следить, чтобы плечи клиента были на одной высоте, и обе ноги в одинаковом положении.
- Клиенту следует предоставлять возможность применить его имеющийся потенциал. Мануальное руководство деятельностью клиента требует от работника большой чуткости и восприимчивости. Цель занятий — добиться самостоятельности действий, поэтому работник, направляя действия, должен почувствовать тот момент, когда клиент начнет принимать действие и станет пытаться его осуществить самостоятельно. Тогда руководство нужно ослабить. Держать руку клиента удобнее за крупные суставы (в частности, за запястье), оставляя пальцы по возможности свободными. Когда умение клиента держать и направлять ложку улучшится, работник может отпустить запястье и поддерживать клиента только за локоть.



Рисунок 31. Мануальное руководство при отработке процесса принятия пищи

Важный фактор хорошего осуществления любых действий — поддержание правильного, нормального положения тела. Коррекция положения тела клиента осуществляется всегда *сверху вниз* и *от центра в сторону*. Это значит, что в первую очередь в правильное положение устанавливается голова клиента, затем плечи, бедра, ступни. Что касается пальцев, то придание им правильного положения начинается с лопатки, плечевого сустава, затем идет дальше, к локтю, и доходит до запястья. Никогда нельзя начинать с того, что пытаться разжать кулак клиента, потому что это может оказаться для него крайне болезненным и травмирующим. Если же начать с круговых массирующих движений лопатки и плеча и постепенно продвигаться к локтю и ниже, может оказаться, что рука клиента сама придет в нужное положение и кулак раскроется.

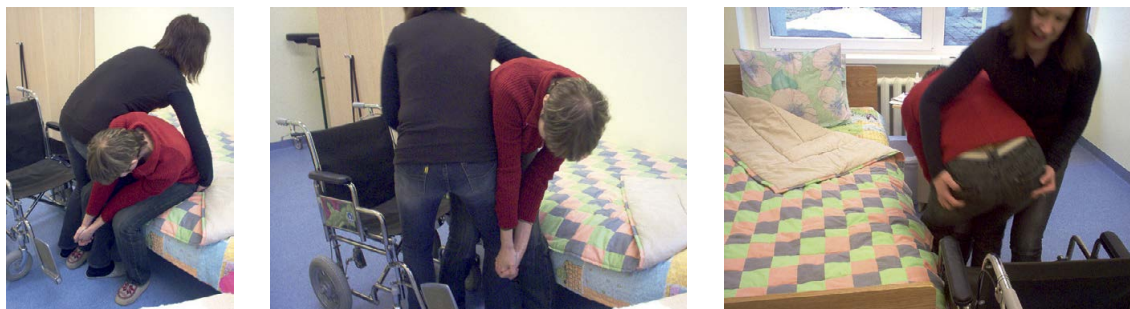


Рисунок 32. Мануальное руководство при перемещении из кровати в кресло-коляску

Для поддержания симметрии при осуществлении разного рода деятельности полезно попросить клиента найти свою парализованную руку и здоровой рукой перенести ее к середине тела. Это поможет и сохранению равновесия при наклонах и переносу веса на более слабую сторону тела. Работник направляет клиента с парализованной стороны и при необходимости поддерживает слабую ногу своим коленом (рисунок 32 и 33).



Рисунок 33. Мануальное руководство при отработке процесса ходьбы

Поддержание правильного положения тела подразумевает, что таковым не считается прием пищи, одевание, умывание и отправление естественных надобностей лежа в кровати. Поэтому руководитель деятельностью не должен легко смиряться с мыслью, что клиент «лежачий», и руководить им означает ухаживать за ним, обслуживать его и все за него делать. Абсолютно беспомощных клиентов среди людей с особыми психическими потребностями, получающих услугу специального социального обеспечения, очень мало. Как правило, у каждого человека, вне зависимости от степени тяжести недостатка здоровья, сохраняются какие-нибудь способности и навыки, на которые руководитель может опираться и которые может улучшать. С точки зрения поддержания правильного положения тела не считается нормальным и то, если клиент со сложным недостатком здоровья весь период своего бодрствования проводит в кресле-коляске, в одной и той же позе. Даже в том случае, если клиент не выражает желания сменить позу, руководитель должен заметить проблему и создать возможности для ее устранения: еда — на обычном стуле, просмотр телевизора — на диване, прослушивание музыки — на кресле-подушке, ручная работа — лежа на животе, на ковре и т. п.

15.3. Руководство клиентом с глубоким сложным недостатком здоровья

У клиентов с глубоким сложным недостатком здоровья способность к деятельности находится на очень низком уровне, поэтому их участие в деятельности в значительной мере ограничено. В данной целевой группе мануальное руководство может не привести к успеху во всех видах деятель-

ности, поэтому руководитель должен использовать специфические приемы ухода за клиентом и приспособлять под него среду.

Прием пищи / кормление

В основе всего лежит формирование поддерживающей деятельности среды. Прием пищи — крайне важная деятельность для любого человека. Для людей, проживающих в учреждениях социального обеспечения, это, наверное, единственная по-настоящему мотивирующая и понятная деятельность, которой ожидают от наступившего дня. Поддерживающая прием пищи среда должна давать клиенту возможность сосредоточиться на этой деятельности и наслаждаться процессом. Для этого руководитель деятельностью должен создать обстановку, свободную от излишних раздражителей (выключить телевизор, радио, музыкальный центр), в которой *действия осуществляются всегда в одном и том же порядке, одинаковым образом и не спеша*. Хорошим примером может являться какой-либо ритуал перед началом и по завершении приема пищи, и когда работники сидят с клиентами за одним столом.

Поддержка и развитие способности клиента к деятельности, связанной с приемом пищи или кормлением, начинается с обеспечения правильной позы. Хорошая поза для приема пищи — это сидя, когда *верхняя часть тела клиента немного наклонена вперед*. В таком положении легче глотать. Если прием пищи происходит в постели, клиента следует зафиксировать в сидячем положении с помощью подушек или подпорок. Абсолютно неприемлема ситуация, когда клиент, лежа на боку в кровати, ест с поставленной на тумбочку тарелки.

При кормлении руководитель находится с клиентом на одной высоте или ниже, и рука с ложкой движется *снизу вверх*, что снижает вероятность возникновения у клиента патологических рефлексов. При кормлении сверху вниз клиент может упереться затылком и выгнуться дугой. После кормления клиент должен минут 15 посидеть, чтобы пища прошла ниже по пищеводу. *Из-за повышенной или недостаточной чувствительности в области рта* во время кормления не следует постоянно очищать рот, потому что это может привести к раздражению кожи и будет неприятно клиенту. Во избежание возникновения патологических ротовых рефлексов руководитель должен подобрать *подходящую клиенту ложку* и кормить осторожно, но достаточно быстро, чтобы ложка как можно реже касалась зубов клиента. Подбор ложки происходит методом проб и ошибок, потому что все люди разные, и общих для всех правил не существует. Если клиенту трудно самостоятельно закрывать рот и глотать, руководитель может *поддерживать челюсть клиента*. При проблемах с глотанием следует учитывать тот факт, что более *густую пищу проглатывать легче*, чем более жидкую. Глотанию, кроме того, помогает сосание и рассасывание.

При кормлении людей с нарушением зрения руководитель должен говорить клиенту, что подают. При работе с клиентами с глубоким сложным недостатком здоровья задача руководителя деятельностью — *следить за потреблением клиентами жидкости*. Нормой для человека считается 1,5—2 литра воды в день. Клиентам с ограниченными возможностями в выражении своих желаний и тем, которые не могут самостоятельно пользоваться краном, должна быть обеспечена возможность пить и в промежутках между приемами пищи. Такого рода питье можно превратить в уютную совместную деятельность, которая может проходить по плану в четко установленные часы. На то, что клиенту не хватает жидкости, могут указывать сухие слизистые оболочки, неупругая кожа, необильная концентрированная моча и у людей преклонного возраста — дезориентация.

Одевание

Основа руководства этой деятельностью — хорошее положение тела и нормальный мышечный тонус. Спасти можно снизить, если перед одеванием проделать в постели несколько упражнений (перекатывание клиента с боку на бок, потряхивание конечностей, легкое похлопывание). Удобное для одевания положение — *сидя на низкой длинной скамейке или терапевтическом валике*, чтобы руководитель мог тоже сесть и поддерживать клиента сзади. Если это невозможно, клиента можно одевать и в постели, поворачивая его при необходимости в бедрах и коленях.

Одевание клиентов с глубоким сложным недостатком здоровья может потребовать немало времени, и эту процедуру в течение дня не совершают многократно. Поэтому клиент должен быть одет *по-спортивному, материал не должен оказывать неблагоприятного воздействия на кожу*, а сама

одежда должна быть *на один-два размера больше*. Клиентам с глубоким сложным недостатком здоровья чрезвычайно сложно надеть точно подходящие по размеру облегающие джинсы. Мелкие пуговицы, крючки и змейки для застегивания не подойдут, их следует заменить *липучками*. Когда руководитель одевает клиента, он разговаривает с ним, простыми предложениями объясняя, что и как он делает. Понимание происходящего укрепляет и то, если надеваемая одежда всегда находится в определенном месте и в одинаковом порядке. Где у одежды перед, где зад, клиент может понять *по меткам*:

- у рубашек метка помещается с изнанки передней части
- на штанах она находится сзади, с изнаночной стороны пояса

Несмотря на то, что клиенты с глубоким сложным недостатком здоровья самостоятельно не ходят, днем они должны быть обуты в сандалеты на твердой подошве. Это позволяет избежать и предотвратить неверное положение ног и контрактуру суставов, поскольку руководитель деятельностью имеет возможность контролировать положение пальцев ног клиента.

Умывание под душем

Это чрезвычайно важный вид деятельности для клиентов с глубоким сложным недостатком здоровья, который следует осуществлять по крайней мере раз в день. Умывание, конечно, гигиеническая процедура, однако в рассматриваемой целевой группе ее можно трансформировать в веселое и расслабляющее времяпрепровождение. В таком случае этот процесс нельзя осуществлять в спешке и «конвейерно», что клиента может даже напугать — а *спокойно и с учетом интересов и уровня развития клиента*. Многие люди с глубоким сложным недостатком здоровья в своем интеллектуальном и эмоциональном развитии остаются младенцами, им нравится играть с водой, а всякие игрушки для ванной — это новые и интересные переживания.

Люди с глубоким сложным недостатком здоровья не могут стоять во время умывания, у многих проблемы и с сохранением сидячего положения. В целях безопасности при умывании, в качестве вспомогательных средств используются *стулья для душа и специальные рамы*. Может оказаться, что у клиента с умыванием связаны неприятные и пугающие переживания, и он этого очень боится. Чтобы уменьшить страх и доставить приятные переживания, в качестве моющих средств следует использоваться *шампунь и мыло «без слез»*, а при мытье головы *прикрывать глаза клиента своей рукой*. Воду обязательно нужно отрегулировать до того, как клиент отправится под душ. Тем клиентам, которые стараются избегать воды, мытье нужно проводить *снизу вверх*, начиная с ног и оставляя голову и волосы на потом.

Для сохранения и улучшения имеющихся у клиента навыков ему можно дать губку и помогать ему мыться самостоятельно. После мытья клиента надо тщательно обсушить, при необходимости нанести крем и подстричь ногти. Вспомогательные средства нужно очистить и продезинфицировать, потому что ими пользуются и другие клиенты.

Учет нужд и желаний клиента

Это *вызов* для каждого работника, занимающегося с человеком с глубоким сложным недостатком здоровья. Умение работника видеть за глубоким сложным недостатком здоровья человека не может совершенствоваться, если стороны встречаются только в ситуациях, связанных с уходом за клиентом. *Занятия по интересам* играют важную роль в развитии каждого человека. Участие в деятельности, которая соответствует сильным сторонам и ограничениям, интересам и предпочтениям целевой группы создает предпосылки для развития деятельности клиента и его лучшего восприятия мира. Работникам же это дает возможность наладить с клиентом лучший контакт и узнать его как человека. Однако нередко работа с людьми с глубоким сложным недостатком здоровья ограничивается лишь заботой об удовлетворении их базовых потребностей, потому что, во-первых, иначе требуется много времени, а, во-вторых, работник не в состоянии предложить клиенту по-настоящему мотивирующие и посильные занятия по интересам.

Люди с глубоким сложным недостатком здоровья воспринимают окружающее главным образом через собственное тело. Это значит, что в фокусе предусмотренной для них деятельности должно

находиться приобретение опыта через слух, зрение, обоняние, вкус, осязание, положение тела и движения. Занятия должны быть достаточно стимулирующими и ставить такие задачи, которые дают возможность двигаться, работать руками, исследовать различные материалы. Каждый человек с глубоким сложным недостатком здоровья — уникальная личность, со своим характером и темпераментом. К сожалению, такие люди выражают свои предпочтения, недовольства, страхи, гнев и любопытство таким образом, что руководителю с первого взгляда бывает сложно их понять и принять. Поэтому за клиентом следует наблюдать и обращать внимание на его реакции и настроения в первую очередь во время различных процедур, связанных с уходом за собой. По этим наблюдениям руководитель деятельностью может составить для себя представление об интересах, предпочтениях и страхах клиента и учитывать их при использовании тех или иных приемов руководства и планировании занятий по интересам.

16. СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

План деятельности — основа работы с клиентом. Это документ, составленный совместно руководителем деятельности и клиентом, в котором определены задачи клиента и действия различных связанных сторон (самого клиента, контактирующих с ним лиц, руководителя деятельности) на определенный период времени.

Это договоренность между работником и клиентом, а также руководство к действию для всех указанных в плане лиц. Из плана деятельности должны быть ясны направления и правила руководства клиентом, что делать с клиентом, какая сторона за что отвечает. В сущности, план деятельности регулирует повседневную жизнь клиента, должен опираться на принцип нормализации и быть направлен на достижение или поддержание желаемой ситуации. Поскольку план есть договоренность между всеми сторонами, важно, чтобы он был составлен понятным языком и в доступном стиле.

С 2009 года Закон о социальном обеспечении обязывает работников учреждений, оказывающих специальные услуги социального обеспечения, составлять план деятельности в отношении лиц, которым оказываются эти услуги. В учреждения услуг специального социального обеспечения клиенты попадают по направлению Департамента социального страхования, и в этом направлении в числе прочего указана услуга, которая должна быть оказана, приведены ее цели и даны рекомендации в отношении деятельности для их достижения. Для тех, кто поступает для оказания услуги (кроме тех, кто направлен решением суда, и тех, кто получает услугу поддержки в повседневной жизни), реабилитационная команда должна предварительно составить план реабилитации, в котором содержится информация о том, насколько клиент справляется со своими нуждами, о степени его недостатка и т. п., а также описаны потребности и возможности по поддержке и развитию клиента и помощи ему. Опираясь на эти факты и рекомендации, оказывающее услугу учреждение в течение 30 дней после поступления клиента для оказания услуги обязано совместно с клиентом и его законным представителем (если таковой назначен) составить план деятельности. Таким образом каждому клиенту обеспечивается индивидуальный и соответствующий его потребностям подход. В плане деятельности формулируются посильные в важных для клиента сферах задачи, определяются промежуточные цели, планируются действия, составляется программа их реализации, назначаются ответственные, а также те, кто будет оценивать результат.

Составление плана — командная работа. Команду составляют клиент, его близкие или опекун, ответственный руководитель деятельностью, назначенный оказывающим услугу учреждением, а также другие работники, связанные с реализацией плана. При необходимости в состав команды могут войти и важные для клиента работники системы здравоохранения (семейный врач, врачи-специалисты, сестры). План составляется на все время пребывания клиента в оказывающем услугу учреждении, однако в дальнейшем он по мере надобности дополняется и изменяется. В Законе о социальном обеспечении указано, что составленный план должен пересматриваться и при необходимости изменяться не реже раза в год. Оценке подлежат ежемесячные результаты по достижению поставленных целей, график и эффективность деятельности. Таким образом обеспечивается работа над проблемами, возникающими в процессе реализации плана. Регулярное отслеживание и документирование претворения плана в жизнь дает возможность постоянно оценивать адекватность, эффективность и целесообразность осуществляемой деятельности и выявляет требующие коррекции моменты. Так клиенту обеспечивается оказание развивающих и поддерживающих целесообразных и непрерывных услуг, что вселяет уверенность как в клиента, так и в руководителей деятельности. План деятельности можно составлять и вести как на электронном, так и на бумажном носителе, конкретной его формы на государственном уровне не установлено. Каждое учреждение может составить собственную форму, учитывая определенные законодательством требования к структуре и содержанию плана.

Документы, связанные с работой с клиентами. Закон о социальном обеспечении обязывает предоставляющие соответствующие услуги учреждения собирать и хранить информацию и документы, связанные с услугами, оказываемыми пребывающим в нем лицу. Перечень документов, которые учреждение, предоставляющее соответствующие услуги, должно собирать и сохранять,

определяется постановлением министра социальных дел. Документы собираются в личное дело клиента, форму и структуру которого устанавливает руководство учреждения, единой формы на государственном уровне не установлено.

К делу приобщаются следующие документы:

- копия удостоверяющего личность документа
- решение о направлении на оказание услуги
- копия плана реабилитации
- план деятельности со всеми приложениями
- медицинские справки и выдержки из истории болезни
- протоколы об изъятии запрещенных предметов и веществ
- протоколы об изоляции клиента
- прочие протоколы и копии, связанные с оказанием услуги

Наличие документов и их сохранение позволяет получать обзор о том, как клиенту оказывается услуга (для представления законному представителю клиента, в Департамент социального страхования и т. п.). По окончании оказания специальной услуги социального обеспечения учреждение возвращает клиенту либо (при наличии) его специальному представителю все относящиеся к клиенту собранные и хранившиеся документы, в том числе составленный для клиента план деятельности.

16.1. Составление плана деятельности

Составление плана деятельности одновременно является и планированием. При планировании опираются на классическую циклическую модель, элементы которой, такие, как оценивание, определение целей, планирование и вмешательство, определяются в ходе составления плана деятельности.

Процесс составления плана деятельности разбивается на следующие этапы:

- *сбор общей информации о клиенте* — полученные из различных источников важные данные, касающиеся прошлого клиента
- *оценивание* — дается оценка деятельности клиента по разным областям, описывается методика оценивания, указывается на проблемные сферы
- *определение целей* — раздельно по областям формулируются долгосрочные цели, каждая долгосрочная цель дополняется краткосрочными, которые должны обеспечить ее достижение
- *планирование* — действия, указания и меры по достижению краткосрочных целей; по каждому виду деятельности назначается ответственный и составляется график
- *вмешательство* — реализация плана деятельности
- *оценивание результатов* — дается оценка деятельности и выполнению распоряжений и констатируется достижение или недостижение целей; если цели не достигнуты, составляются рекомендации о том, что делать дальше.

Сбор общей информации о клиенте

При составлении плана деятельности следует исходить из того, что все люди разные. То, что приемлемо и действует в случае одного клиента, может оказаться недейственным и неэффективным в случае другого. Индивидуальность личности зависит от множества факторов, таких, как анатомические особенности, физиологические функции, психологические и эмоциональные аспекты,

соматическое здоровье, мотивация, оценка своего качества жизни, жизненный опыт, позиция в обществе, интеллигентность, особые способности и таланты, интересы, хобби и т. д.

Когда лицо поступает в учреждение специального социального обеспечения, работникам о нем известно не много. Основные письменные источники информации — это решение о направлении и план реабилитации, а также медицинская справка о наличии соматических заболеваний, требующих постоянного лечения. Иногда доступны документы или личное дело, направленные предыдущим оказывавшим услуги учреждением или опекуном. Чтобы за месяц составить для нового клиента реалистичный и уместный план деятельности, оказывающие услугу должны получить дополнительную информацию. Самый простой способ — проинтервьюировать клиента. Во многих учреждениях социального обеспечения для этой цели составлены специальные опросники, которые заполняются вместе с клиентом. Если когнитивные способности клиента для получения от него интервью недостаточны, значительную помощь окажет наблюдение за клиентом и последующий анализ увиденного.

Получить информацию можно и от людей, которые соприкасались с клиентом (семья и другие близкие, друзья, социальные работники, медработники, предыдущие попечители и т. п.), а также самостоятельно, подмечая и трактуя поведение клиента во время совместной деятельности. Если удастся лучше узнать клиента, наладить с ним доверительные отношения и учесть его индивидуальность при составлении плана деятельности, можно будет ставить все более правильные цели и совместно с клиентом их достигать.

Оценивание клиента

Для оценивания можно использовать разные методы: наблюдение (во время различных действий, в различном окружении), интервью (с клиентами, с другими ключевыми лицами), разработанные шкалы и проч. Можно применять один и тот же шаблон, однако следует иметь в виду, что для разных групп клиентов разные сферы обладают разной значимостью.

Для оценивания клиентов с недостатком умственного развития разработано множество методик и опросников, но важнее самого метода то, чтобы оценивание было системным и рассматривало бы те сферы, которые важны именно для клиента с недостатком умственного развития.

Использование при оценивании всегда одного и того же метода позволяет сравнивать и анализировать результаты. Кроме того, работникам удобнее руководствоваться планами деятельности, которые составлены сходным образом.

В случае клиента с недостатком умственного развития следует дать оценку его действиям в следующих сферах:

- коммуникация: использование языка (самовыражение, содержание, форма коммуникации, функция), понимание языка (понимание устной речи, чтение, письмо, понимание прочитанного, баланс между использованием речи и ее пониманием и т. п.)
- чувства: слух, зрение, обоняние, вкус, тактильные ощущения — ограничения и особенности
- моторика: изменение позы при передвижении, движение, имеющиеся ограничения, какими вспомогательными средствами пользуется, потребность в них и т. п.
- когнитивные способности: уровень интеллекта, ориентация, академические навыки, кругозор, память, концентрация, управление вниманием и т. п.
- социальные навыки: налаживание контактов, способ контактов и т. п.
- эмоциональные навыки: знание эмоций, распознавание эмоций, стабильность эмоций, управление эмоциями, выражение эмоций, возраст эмоционального развития и т. п.
- сексуальность: знание схемы тела, знание частей тела, умение обращаться с телом, сексуальная направленность (на себя, на других), понимание норм, ценностей, прошлый опыт (в т. ч. негативный), сексуальная просвещенность

- самосознание: картина эго, воля, осуществление выбора, отстаивание позиции, зависимость от посторонних, отношение к неудачам, самоограничения, наличие предпочтений и т. п.
- образование: предыдущая учеба, предпочтения, отношения с соучениками и преподавателями, признание достижений и т. п.
- полученные навыки: уход за собой, бытовые и хозяйственные навыки, умение пользоваться деньгами, умение безопасно передвигаться на улице и т. п.
- повседневная жизнь: пользование общественными ресурсами, культурные и религиозные особенности, свободное время
- повседневная деятельность и работа: текущая деятельность и занятия, предыдущий опыт, отношение к работе, скорость выполнения работы, концентрация на задании, самостоятельность, хобби и таланты
- здоровье: диагнозы, особые потребности, состояние телесного здоровья, инфекционные заболевания, проблемы поведения и т. п.
- социальные контакты: семейные отношения, друзья, знакомые, коллеги, специалисты, посторонние и т. п.

Для клиентов с психическими заболеваниями оценивание в области здоровья особенно важно, поскольку на поведении клиента в значительной степени сказывается симптоматика его заболевания, постоянство в употреблении лекарств и их побочные эффекты. При психических заболеваниях важно оценивать также мотивирующие факторы, поскольку долговременное психическое расстройство способствует откату в интересах клиента, ослаблению воли, уменьшению способности к сотрудничеству, к выражению эмоций, а также самоизоляции.

Оцениваемые сферы в случае клиента с психическим заболеванием:

- здоровье: диагноз, симптомы основного заболевания (их содержание и проявление: бредовые идеи, ложные представления, страхи и проч.), лекарства, их побочные эффекты, гиперчувствительность к препаратам, физические проблемы, усталость, сонливость, суицидальные наклонности, факторы стресса и т. п.
- когнитивные способности: внимание и концентрация, память, мышление, понимание ситуации, решение проблем и т. п.
- коммуникативные и социальные навыки: умение читать и писать, способность понятно высказываться, слушать других, управление вниманием, запрос на получение информации, выражение своего мнения, восприятие и выражение комплиментов, заключение договоренностей и способность придерживаться их и т. п.
- практические навыки: уход за собой, работа по дому, обращение с деньгами и планирование, организация дня, движение и мобильность, социальная интегрированность (пользование общественными ресурсами)
- эмоциональные навыки: умение справляться с чувствами (с горем, грустью, страхом, близостью, привязанностью, гневом, радостью, с настроением), дружба, интимные отношения, сексуальность
- умение справляться с симптомами болезни (бредовыми идеями, галлюцинациями и т. д.), со стрессовыми ситуациями и неудачами и т. п.
- работа и досуг: предыдущий опыт работы, нынешний статус трудоустроенности, рабочие умения, приобретенные специальности, область интересов, хобби и т. п.
- статус и предпочтения: значимые действия, значимые роли, значимые вещи и т. п.
- мотивация: внутренние и внешние мотивирующие факторы

При оценивании клиента важна формулировка этой оценки. Описание сфер или областей должно быть лаконичным, однако достаточно информативным и без эмоций.

Постановка цели

При постановке цели важна ориентированность на клиента, поэтому обязательно надо его привлечь ко всем этапам составления плана деятельности, в том числе и к постановке цели.

Хорошо, если клиент сформулирует цель самостоятельно, потому что в таком случае он вовлечен в процесс и сам берет ответственность за то, каких успехов ему удастся добиться. Конечно, не все клиенты умеют и в состоянии сформулировать цель, скорее, они выражают свои желания. Чтобы желание оформилось в цель, нужна помощь работника.

При определенном уровне недостатка умственного развития клиента, если он не в состоянии участвовать в процессе составления плана, цель может поставить и работник. В случае тяжелого недостатка умственного развития план можно составлять от первого лица. Такая модель, при которой делается попытка отождествить себя с клиентом, помогает пониманию того, что для клиента является реально достижимым. Мышление от первого лица позволяет избежать часто имеющей место переоценки способностей клиента.

Общая цель — как маяк, который показывает направление и воодушевляет. Общая цель всегда имеет перспективы на будущее. Она направлена на достижение или поддержание желаемого результата. Направленные на достижение цели могут меняться и развиваться, направленные на поддержание — ориентированы на как можно дольше сохранение текущей ситуации (способности обслуживать себя, места работы, жизненной ситуации и т. п.). Общие цели имеют отдаленную временную перспективу (год, много лет). Хорошо сформулированную цель по-английски называют *SMART*, т. е. умной: S — специфическая, конкретная, M — с мерилom, измеряемая, A — акцептированная, условленная, R — реалистичная, T — темпорально определенная, с четким сроком.

Например: «Через два года я закончу обучение на пекаря»,
«Через год я буду толкать коляски в «Сельвере», «Через год я смогу мыться самостоятельно».

Специфические цели или подцели служат для поддержания общей цели, и при их постановке следует из этого и исходить. Эти цели должны бороться с препятствиями на пути к главной цели, компенсировать их либо побеждать. Временный период у них короче и зависит от того, насколько быстро клиент добивается успехов, как быстро преодолеваются препятствия и т. д.

При постановке специфических целей поможет концепция под названием RUMBA, которая сочетает в себе пять индикаторов «конкретности» выбираемой цели:

R – *relevant* — релевантная. Цель должна иметь прямое отношение к общей цели.

U – *understandable* — понимаемая. Если цель сформулирована четко, меньше опасности, что она будет понята неверно.

M – *measurable* — измеряемая. Цель должна быть как реалистична, так и иметь измеряемые характеристики по времени, объему и проч.

B – *behavioural* — ориентированная на поведение. Цель должна описывать поведение в конкретной ситуации.

A – *attainable* — достижимая. Важно, чтобы конкретные цели приводили к положительному опыту, а шанс неудачи был бы по возможности мал. Самое лучшее для этого — продвигаться к цели небольшими шагами.

Например: «Один раз в месяц я буду ходить в поликлинику, чтобы сестра-психиатр сделала мне укол депо». Общие рекомендации при постановке цели:

- сформулировать цель в позитивном ключе, не использовать слово НЕ или негативные обороты («я не буду...» и т. п.)

- использовать активные глаголы: получу, начну, сделаю, знаю, пойду и т. п.
- при формулировании цели по возможности использовать определения клиента
- иметь в виду, что цели, которые мотивируют клиента (даже если они не очень хорошо сформулированы), лучше, чем блестяще сформулированные, но не мотивирующие

Опираясь на формулировку цели, в дальнейшем можно будет оценить, достигнута ли она. Если цель сформулирована неясно, неясным будет и результат. Сравните: «Мари будет лучше справляться» и «Мари будет лучше себя чувствовать». Если через год посмотреть, стала ли Мари лучше справляться, то сравнить это не с чем, потому что непонятно, с чем Мари должна теперь лучше справляться.

Общая цель может иметь различную перспективу. При поддерживающих услугах речь может идти о сроке от одного до трех лет, если услуга круглосуточная, рекомендуется ставить более близкие цели.

Планирование

Действия, необходимые для достижения цели, должны быть спланированы. В плане они должны быть максимально возможно конкретизированы.

Вот важные вопросы:

- *что* будет делаться? Какие действия будут совершаться, какая деятельность, для развития или поддержания каких навыков и функций?
- *кто* будет делать?
- *когда* будет делаться?
- *где* будет делаться? В дневном центре, в отделении, на рабочем месте, в консультационном центре или где-нибудь еще?
- *как* долго будет продолжаться деятельность?

Если клиенту одновременно оказывается несколько поддерживающих услуг, у него может быть и несколько планов деятельности: например, один, связанный с помощью в повседневной жизни (самостоятельные бытовые навыки, практические умения, социальные навыки при общении с находящимися рядом, деятельность, связанная с болезнью, и т. п.), а другой — с помощью при работе (трудовые, социальные навыки, умение справляться со стрессом и т. п.).

План должен быть реализуем. Не имеет смысла одновременно работать над множеством общих целей, необходимо определить приоритеты. Рекомендуется выбрать для одновременного исполнения несколько общих целей и под каждую из них поставить оптимальные подцели. Это может варьироваться в зависимости от особенностей клиента.

Если речь идет о клиентском плане (поддерживающие услуги), иногда могут оказаться важными цели каждой из операций. План деятельности может также выполнять роль руководства, как именно должны осуществляться те или иные действия, например, как убирать свою комнату.

Вмешательство

Деятельностью, запланированной на предыдущем этапе, на этапе вмешательства начинают реально заниматься.

Действия и операции зависят от предварительно оцененных потребностей и/или ограничений, а также от ситуации — проживает ли клиент самостоятельно или в учреждении, требуется ли ему помощь других профессионалов, членов семьи, общественных ресурсов. Реализация плана деятельности в случае поддерживающих услуг, разумеется, более сложна, поскольку факторов воздействия внешней среды больше. Как бы тщательно ни производилось планирование на предыдущем этапе, на этапе реализации все может пойти иначе.

Вмешательства должны быть непосредственно связаны с потребностями клиента.

Обычно деятельность или операции подбираются в соответствии с имеющимися у учреждения возможностями — кружки по интересам, трудовые, спортивные занятия, овладение новыми умениями или поддержание имеющихся навыков под индивидуальным руководством и проч. Их всегда недостаточно, и при необходимости следует вводить новые, особенно в случае круглосуточной услуги по уходу. Но прежде всего это зависит от кадровых ресурсов (персонал, их знания и умения) и материальных возможностей.

При вмешательстве может представлять определенную опасность чрезмерное увлечение процессом деятельности, когда клиент и отношения с ним отходят на второй план. Также может оказаться в тени момент мотивирования клиента и взаимодействия с ним. Эти опасности следует иметь в виду и по возможности избегать.

Оценивание результатов

С точки зрения клиента важна не столько оценка, которую дает процессу деятельности тот, кто эту деятельность организует, сколько его собственный прогресс и сотрудничество при работе, а также то, достигаются ли поставленные цели. По результатам оценивания должно выясниться, достигнуты ли эти (желаемые клиентом или работником) цели.

Оценивание результатов может быть ориентировано на процесс или на цель, т. е. результат. При поддерживающих услугах оценивание процесса может иметь большое значение.

При ориентированном на процесс оценивании следует давать оценку:

- качеству отношений
- ролевому взаимодействию
- качеству деятельности с учетом пожеланий, потребностей и ограничений клиента
- временным характеристикам — с учетом темпа работы клиента и проч.

Когда оценивание ориентировано на цель, обращается внимание на то, достигнута ли общая цель или ведущие к ней подцели.

В ходе оценивания рекомендуется получить ответы на следующие вопросы:

- были ли цели хорошо сформулированы?
- были ли цели достигнуты?
- если они были достигнуты, то какие факторы оказались важными в процессе достижения?
- если цели не достигнуты, с чем это связано?

По результатам оценивания можно скорректировать, например, подцели, или изменить характер вмешательства и действий. При достижении общей цели следует задуматься, имеет ли смысл ставить новую общую цель или лучше сосредоточиться на закреплении на завоеванных рубежах. Много зависит от интеллектуального уровня клиента, от уровня его умений, характера нарушений психики, в целом от его желаний и возможностей.

План деятельности пересматривается и при необходимости уточняется как минимум раз в год. Это оптимальный срок для того, чтобы с клиентом могли произойти положительные изменения. В случае если цели достигаются быстрее ожидаемого, или если у клиента возникают новые желания и задачи, которыми нужно заниматься, план можно пересматривать и чаще.

Таблица 5. Образец плана деятельности

Сфера	Общие цели	Подцели	Действия для достижения подцелей	Программа деятельности – сроки	Исполнители / ответственные	Результаты / оценка
Область, в которой ставится общая цель.	Долговременные, направленные на достижение желаемой ситуации или ее поддержание.	Исходят непосредственно из общих целей, помогают уменьшить, компенсировать или устранить препятствия, осложняющие выполнение общей цели	Чем и где будут заниматься	Когда, с какой периодичностью, как долго и у чем каких сроков осуществляется деятельность.	Кто осуществляет деятельность, кто отвечает за ее осуществление.	Были ли цели достигнуты? Верно или неверно были цели сформулированы? Какие факторы оказали главное влияние на результат?

17. НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ

17.1. Наблюдение за состоянием здоровья

Здоровье есть субъективная оценка человеком своего состояния — хорошо он себя чувствует или нет. Чаще всего цитируется концепция здоровья ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), в которой сказано, что «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

Сохранение здоровья важно для каждого человека, и направленные на это действия призваны обеспечить настолько хорошее состояние здоровья, насколько это возможно. Профессионально проблемами здоровья занимаются главным образом работники здравоохранения — врачи и медсестры.

Современная медицина предполагает, что человек сам творец своего здоровья и должен участвовать в его поддержании. Повседневный уход за собой важен как для здоровых, так и для больных. Особые психические потребности нередко делают заботу о своем здоровье и уход за собой проблематичным. Клиентов с недостатком умственного развития следует направлять на гигиенические процедуры, люди с психическими расстройствами также нередко отводят таким процедурам второстепенную роль. Некоторые люди легко свыкаются с ролью больного и начинают чувствовать, что в ней есть даже некоторые преимущества. Другие привыкают к болезни долго, смириться с нею для них — серьезная проблема. Находящихся на социальном обслуживании людей с недостатком умственного развития очень долго считали пациентами, за которыми следует ухаживать в том смысле, что все за них делать, поскольку они больны. Подобный подход практиковался и в отношении людей с психическими расстройствами — работникам было проще самим что-либо сделать, чем мотивировать на это клиентов.

Поскольку руководитель деятельностью больше других находится рядом с клиентом, у него и больше всего возможностей заметить изменения в состоянии здоровья человека. Если это делается вовремя, можно избежать серьезных проблем, особенно в случае клиентов с тяжкими степенями недостатка умственного развития, которые сами пожаловаться не в состоянии. Клиенты с психическими расстройствами тоже могут игнорировать свои телесные проблемы, а то и вовсе их не замечать.

В данной главе с помощью модели жизнедеятельности, применяемой в теории сестринского дела, описываются связанные со здоровьем аспекты, за которыми нужно следить у человека с особыми психическими потребностями. Понятие «жизнедеятельность» используется всеобъемлюще. У каждой деятельности есть множество измерений, любая связанная со здоровьем деятельность складывается из одиночных актов. Согласно этой модели, проявлениями повседневной жизнедеятельности являются: *поддержание безопасной окружающей среды, общение, дыхание, потребление пищи и жидкости, выведение продуктов жизнедеятельности, поддержание личной гигиены и опрятности в одежде, регулирование температуры тела, двигательная активность, работа, досуг и развлечение, сексуальность, сон, умирание*. В каждом виде деятельности человек должен быть в максимально возможной степени самостоятелен, независим и последователен. То, как человек осуществляет повседневную деятельность, — индивидуально. Нижеследующее описание охватывает не все проявления повседневной жизнедеятельности.

Поддержание безопасной окружающей среды

Многие повседневные действия людей связаны с поддержанием безопасной среды дома, на работе, путешествуя, на досуге. Большую опасность представляют также природные явления, которых, несмотря на все развитие технологий, избежать не удается.

Проблема состоит в том, что у людей с особыми психическими потребностями может оказаться недостаточно независимости для поддержания безопасной среды. Люди с недостатком умственного развития не в состоянии справляться со всеми аспектами повседневной жизнедеятельности, их подбадривают, обучают, но частично они остаются зависимыми от профессионалов, которые

обеспечивают им безопасность. В навыки, связанные с поддержанием безопасной окружающей среды и соответствующую деятельность, вовлечены интеллектуальные процессы, поэтому люди с интеллектуальными недостатками не всегда в состоянии овладеть необходимыми в этом смысле знаниями и адекватно реагировать на угрожающую ситуацию. Безопасность людей с психическими расстройствами тоже под угрозой, особенно в те периоды, когда такие люди нуждаются в помощи, чтобы справиться с острым психотическим состоянием. Человек, находящийся в депрессии, может быть слишком углублен в себя и безразличен, чтобы вообще обращать внимание на окружающее. Любое нарушение работы органов чувств снижает способность человека воспринимать окружающее, таит в себе опасность и увеличивает вероятность несчастных случаев. Люди с особыми психическими потребностями могут пострадать от воздействий, не имеющих отношения к происшествиям, например, от ненадлежащего обращения. Другой причиной может быть направленное на себя членовредительство. К подобного рода воздействиям можно отнести травмы культурного порядка (например, на религиозной почве), связанные с душевной болезнью, нанесенные себе вследствие расстройства личности или интеллекта.

К угрозам со стороны окружающей среды относятся и инфекционные заболевания. В учреждениях социального обеспечения человек соприкасается с большим количеством других людей, поэтому опасность заразиться велика. Человеческий организм — это сосуд с микроорганизмами, которые очень легко передаются через руки другому человеческому организму или попадают на предметы. При обычном дыхании капельки слюны улетают на 1–5 метров, не говоря уже о чиханье и кашле.

На случай пожара в учреждениях социального обеспечения имеются правила пожарной безопасности, работников инструктируют, что в такой ситуации делать. Опасность пожара велика, потому что он может возникнуть и из-за курения в запрещенных для этого местах, а такие случаи в учреждениях социального обеспечения бывали.

Лекарства также представляют опасность. У клиентов, которые проживают дома, есть установившиеся привычки, связанные с приемом лекарств. Дома люди сами отвечают за то, что они принимают, а в учреждениях социального обеспечения эта ответственность лежит на работниках. Чтобы избежать потенциальной угрозы, связанной с дозировкой лекарств, контроль за медицинскими препаратами предусмотрен на уровне законодательства. Назначение и прием наркотических веществ регулируется жесткими предписаниями. Здесь ответственность лежит на сестрах отделения. У клиентов, проживающих дома, есть опасность несоблюдения режима приема лекарств, и может оказаться, что лекарства принимаются по своему усмотрению. Это отражается на состоянии здоровья. Клиентам чрезвычайно важно объяснять необходимость приема лекарств, их воздействие и побочные эффекты.

Следует обращать внимание на:

- обусловленные внешней средой факторы опасности
- изменения психического состояния в т. ч. на саморазрушающее поведение
- регулярность приема лекарств

Общение

Человек — существо социальное и большую часть своего дня проводит с другими людьми, различным образом с ними общаясь. На общение оказывают влияние многие факторы. У людей с недостатком умственного развития нередко отсутствуют необходимые интеллектуальные возможности для вербального общения, и чем тяжелее недостаток, тем меньше средств общения. Человек с диагнозом «аутизм» может сторониться социальных контактов, и при общении с ним надо знать о его особенностях. Причинами пониженной восприимчивости могут быть болезнь или несчастный случай, причем не исключено, что до несчастного случая общение не составляло для человека никакой проблемы, но затем в стиле его жизни произошли изменения (например, потеря работы, самоуважения, враждебность по отношению к другим). Пониженная восприимчивость может быть связана с симптомами деменции. Проблемы с речью могут быть вызваны сухостью во рту, возникающей как побочный эффект от некоторых препаратов, из-за недостаточного потребления жидкости, от подавленности и страха. Речь может страдать из-за трахеостомии, например после мозговой

травмы. Афазия (системное нарушение сформировавшейся речи) может развиваться после инсульта. Более подробная информация дана в разделе «Общение и коммуникация».

Следует обращать внимание на:

- особенности общения
- возможность выражаться словесно
- способность клиента объясниться с окружающими

Дыхание

Такие обыденные действия, как речь, смех или еда, вызывают некоторые изменения в ритме дыхания, которых человек обычно не замечает. Когда здоровый человек испытывает физическую нагрузку, его дыхание учащается, и это нормально, потому что мышцам требуется больше кислорода. Чтобы быстрее доставлять кислород, сердце начинает биться быстрее, соответственно учащается и пульс. Отношение частоты дыхания к частоте пульса — 1:4, и изменение одной из характеристик приводит к изменению другой. Когда человек спит, дыхание и пульс замедленные.

Причинами изменения частоты дыхания могут быть:

- кашель, отделение мокроты
- удушье
- боли — как связанные с дыханием, так и прочие
- аллергия, астма, одышка
- перекрытие или закупорка дыхательных путей, нехватка кислорода
- изменения кровяного давления, учащенное сердцебиение, шок (как проявление нарушения кровообращения).
- физиологическая реакция «бей или беги»: когда организм готовится к сражению или бегству, дыхание учащается, становится более глубоким, сердцебиение учащается, повышается кровяное давление, усиливается приток крови к мышцам. В своем крайнем проявлении эта реакция помогает человеку выжить. Обычно же страх проявляется более спокойно, психологически организм реагирует на раздражители так же, как прежде, однако реакция пролонгированная. Печаль и подавленное состояние могут отражаться на частоте и глубине дыхания, результаты чего видны, а также слышны в виде вздохов и всхлипываний. Нередко при испуге человек может начать делать глубокие вдохи, заглатывать воздух, дыхание и пульс учащаются. Два таких различных эмоциональных проявления как тоска и приятное возбуждение оба могут выражаться в учащенном дыхании и пульсе.

Следует обращать внимание на то:

- дышит ли человек нормально
- какие факторы влияют на его дыхание
- случались ли раньше и наблюдаются ли в настоящее время проблемы с дыханием

Потребление пищи и жидкости

Биологические процессы, сопровождающие такую жизненную процедуру, как потребление пищи и жидкости, призваны выполнять тройную роль: заглатывание пищи, ее переваривание и всасывание. Вследствие физической или психологической проблемы, а также из-за возраста человеку может быть необходима помощь при еде и питье.

Обзор наиболее распространенных проблем.

Переход из независимого в зависимое состояние: изменение физического положения тела (лежащее, сидячее), проблемы с дыханием, со зрением, проблемы с приобретением и приготовлением пищи, стресс, забывчивость (как симптом деменции), болезненные ощущения во рту, при глотании, тошнота, рвота, ожоги.

Изменение привычек, связанных с едой и питьем: исчезновение аппетита, лишний вес, диеты (например, при диабете), недостаточное потребление жидкости (обезвоживание — язык сухой, кожный, сама кожа неэластична, малый объем мочи, моча концентрированная).

Изменения способа поступления пищи и жидкости: кормление через зонд (назогастрально, гастростомия). Человек остается без важнейших удовольствий — запаха, вкуса, термических, фактурных ощущений. Поскольку все это обычно вызывает слюноотделение, которое необходимо для речи, важен правильный уход за полостью рта, следует также смазывать ноздри. При гастростомии хирургическим путем через переднюю брюшную стенку создается вход в желудок (иногда в тощую кишку), в отверстие вводится катетер, через который подается пища. В таких случаях человек может научиться питаться самостоятельно, однако при нарушениях интеллекта это удастся не всегда.

Изменения среды и распорядка: порядок и распорядок в учреждениях социального обеспечения иной, чем дома, другие правила приема пищи, другое время. При долговременном нахождении в учреждении социального обеспечения новые правила приема пищи могут войти в привычку. Процесс сервировки стола может быть деятельностью, которая как пробуждает аппетит, так и снижает его. Принятие пищи — это в т. ч. и терапевтическое средство, и ритуал, который объединяет людей. То, когда все собираются за общим столом, для некоторых клиентов может быть главным событием всего дня. Важны также действия, которые совершаются до и после приема пищи.

Следует обращать внимание на:

- подходящее для приема пищи положение тела
- внезапное изменение связанных с приемом пищи привычек
- соблюдение гигиенических требований при приеме пищи (в т. ч. при гастростомии)
- возможности социализировать прием пищи

Выведение продуктов жизнедеятельности

Выведение продуктов жизнедеятельности — это естественный процесс, периодически осуществляемый всеми без исключения людьми в течение их жизни. Наиболее распространенные проблемы.

Переход из независимого в зависимое состояние: ограниченная способность передвижения (связанное с артритом нарушение работы рук, невралгия, необходимость пользоваться опорной рамой или креслом-каталкой), постельный режим (использование утки, подгузников), психологические нарушения (дезориентация, душевное расстройство, нарушения памяти), нарушения сознания, боли, сопровождающие процессы выделения, метеоризм, геморрой.

Изменение привычек, связанных с выведением продуктов жизнедеятельности: обычно люди не обращают внимания на то, как часто они мочатся, и осознание проблемы наступает тогда, когда частота меняется значительно. У людей с тяжкими недостатками умственного развития проблемы могут иметь длительный характер, потому что человек не может вербально о них сообщить. Изменения замечают лишь в том случае, если складывается острая или опасная для жизни ситуация.

Изменения в моче и в мочеиспускании: изменения окраски. Причиной более светлой окраски может быть обильное питье, употребление мочегонных средств, диабет. Темная окраска может быть следствием недостаточного потребления жидкости, определенные продукты питания (морковь делает мочу ярко-желтой, свекла и черника — красной), лекарственные средства; появление в моче крови указывает на заболевание мочевыводящих путей. Изменения запаха: сладкий запах — признак диабета, в процессе разложения такая моча начинает отдавать аммиаком; моча, содержащая инфекцию, пахнет рыбой, если заболевание тяжелое, в моче могут наблюдаться продукты гниения. Изменение частоты мочеиспускания: частое мочеиспускание может указывать на цистит, у

пожилых людей оно, скорее, связано с уменьшением эластичности сфинктера мочевого пузыря. Причиной более редкого мочеиспускания могут быть закупорки, опухоли, заболевания почек, недостаточное потребление жидкости. Изменение количества выводимой мочи — опасный признак, поскольку он может свидетельствовать о нарушении водного баланса. Малое выделение жидкости либо полное отсутствие мочи говорят о том, что почки ее вырабатывают ненормально, либо заблокировано ее отведение из мочевого пузыря. Блокировка опасна, болезненна и доставляет исключительные неудобства. Такая ситуация требует немедленного вмешательства.

Изменения кала и его выделения: изменения, связанные с частотой дефекации — у здорового человека дефекация должна происходить с достаточной регулярностью. Кал должен быть такой консистенции, чтобы его было легко выводить из организма. Если акты дефекации становятся реже или сопровождаются трудностями, такая ситуация называется запором, и возникает он вследствие того, что в толстой кишке мало невсосавшихся волокон. Наиболее часто описанная ситуация наблюдается у пожилых. Нередки запоры и у людей с недостатками умственного развития и поражениями головного мозга. Диарея, понос — состояние, при котором в процессе дефекации выделяется слишком много жидкости, и частота дефекации значительно возрастает. Наиболее частые причины диареи — инфекционные заболевания, воспалительные процессы пищеварительной системы, кишечные воспаления. Поскольку к диарее часто приводит именно инфекция, следует обращать внимание на процесс дефекации, мыть руки и избегать распространения заразы.

Недержание мочи или инконтиненция в бытовом понимании — происходящее помимо воли выделение мочи. Причины явления могут быть различны. Капельная инконтиненция у мужчин может быть вызвана наличием механического препятствия (увеличена предстательная железа, переполнена прямая кишка, присутствуют цисты мочевого пузыря). Обусловленное стрессом недержание вызвано недостаточностью сфинктера мочевого пузыря и является самой распространенной формой такого рода патологии у женщин. При кашле, чиханье, когда человек спешит на автобус и т. п. увеличивается давление внутри живота, и сфинктер может начать пропускать мочу. Большую помощь для устранения такого рода проблемы могут оказать упражнения для мышц тазового дна. У людей с недостатком умственного развития недержание мочи может встречаться часто, поскольку из-за повреждения нервной системы ослаблен сознательный контроль за актом выделений. Если в этом случае приучить к посещению туалета, инконтиненции можно избежать.

Следует обращать внимание на:

- связанные с ограниченностью движения препятствия для выведения продуктов жизнедеятельности
- регулярность выведения в течение дня
- изменения в окраске и объеме мочи
- появление болезненных ощущений при дефекации
- появление болезненных ощущений при мочеиспускании

Поддержание личной гигиены и опрятности в одежде

Большинство культур предполагает, что человек осуществляет личные гигиенические процедуры и связанные с одеванием действия самостоятельно, приватно и в специально отведенного для этого помещениях. Конечный результат этих процедур и действий виден всем, и считается нормальным, что человек чист, опрятен, не издает дурного запаха, не носит на себе паразитов. Эти процедуры предусматривают умывание (рук, интимных участков тела, мытье волос, всего тела, чистку зубов), уход за ногтями, одевание.

Проблемы. Сущность проблемы достижения и поддержания независимости в этой области жизнедеятельности зависит от того, является ли нарушение врожденным, внезапным либо развившимся с течением времени. Медленное развитие нарушения дает человеку время приспособиться и сформировать психологические механизмы адаптации. Есть различия и при кратковременном и долговременном нарушении. Проблемы с личной гигиеной различны в зависимости от того, затрагивает ли нарушение одну или несколько конечностей, верхнюю или нижнюю часть тела или одну его

половину. Причины зависимого положения: ограниченная способность передвижения, отсутствие конечностей, произвольные движения, нарушения восприимчивости органов чувств, бессознательное состояние, психологические нарушения, болезнь.

Кожные проблемы: родимые пятна, выпадение волос, кожные заболевания, шрамы, воспаления, повышенная потливость, зуд.

Личная гигиена и связанные с одеждой привычки играют важную роль в стиле жизни человека и отражают его представления о себе и его самооценку. Изменение привычек, относящихся к личной гигиене, могут нанести ущерб общему самоощущению человека, и при организации ухода в учреждениях это следует иметь в виду.

Паразиты: для того чтобы избавиться от паразитов, следует изменить манеру одеваться и отношение к вопросам личной гигиены. Наиболее распространенные подобные паразиты — это вши и чесоточные клещи. Головная вошь. Откладывает, как правило, небольшие белые яйца (гниды), приклеивает их на кожу головы возле волос, а также за ушами. Яйца созревают за неделю, гниды становятся половозрелыми через три недели. В течение пяти недель своей жизни головная вошь питается человеческой кровью. Они вызывают сильное раздражение кожи, из-за чего человека мучает зуд. Попадающие под ногти частицы становятся источником распространения вшей. Головную вошь не убивает ни мытье волос, ни стрижка. Избавиться можно медикаментозно.

Платяная вошь. Яйца откладывает преимущественно в швы одежды. Яйца созревают за неделю, особи становятся половозрелыми через две недели и живут 4–5 недель. Питаются они также человеческой кровью, их укусы вызывают сильное раздражение и зуд. Помимо приема ванны и тщательной стирки одежды, других способов избавления не существует.

Чесоточный клещ. Чесоточный клещ ищет на теле места с наиболее нежной кожей (между пальцев, в районе пояса, на внутренней поверхности бедер, на лодыжках) и вгрызается в кожу. Раздражение у человека вызывают экскременты чесоточного клеща и его слюна. Избавиться можно медикаментозно.

Приспособление одежды: если конечности в гипсе, надеть узкие брюки или рубашку оказывается проблематичным, и одежду надо каким-то образом приспособить. В некоторых ситуациях оказывается важен материал одежды (у пожилых, при проблемах с кожей, аллергии и т. п.) Для людей с особыми психическими потребностями может оказаться необходимым подбирать одежду, которая соответствовала бы возрасту, погоде и вообще была бы уместной.

Следует обращать внимание на:

- возможность одеваться самостоятельно
- кожные проблемы
- наличие и особенности привычек, связанных с личной гигиеной и опрятностью
- возможность получения и наличие паразитов
- стиль одежды и соответствие ее погоде

Регулирование температуры тела

Человек по большей части не обращает внимания на температуру своего тела, пока она находится на приемлемом для него уровне. Если температура тела выходит за нормальные рамки, падает или растет, человек начинает чувствовать, что ему холодно или жарко. Большинство биохимических процессов в организме могут протекать нормально только в том случае, если температура тела находится в относительно узких пределах.

Проблемы: жар, тепловой удар, гипотермия. Жар возникает тогда, когда температура тела становится выше считающегося нормальным верхнего предела (37 °C). Как правило, жар является признаком инфекции, опухоли, травмы, нарушений деятельности нервной системы или обмена веществ. Человек ощущает дискомфортно высокую температуру, из-за усиленной потери жидкости обычно

возникает жажда. Человек раздражен и беспокоен либо вял, может испытывать головные боли, непереносимость света. При очень высокой температуре могут возникать галлюцинации, развиваться делирий. Чрезвычайно сильный жар характерен для теплового удара. Он возникает вследствие длительного пребывания в среде с повышенной температурой и является опасным для жизни состоянием. Как правило, он сопровождается частичной или полной потерей сознания. Первая помощь должна быть оказана немедленно и начинаться с охлаждения организма. В умеренном климате, когда летом наступает особенно жаркий период, у людей, особенно у пожилых и у детей, могут случиться более мягкие формы теплового удара. Человек ощущает вялость, бледнеет, может возникнуть головная боль, развиваться признаки шокового состояния. В этих случаях обычно помогает перенос пострадавшего в более прохладное место, а также прохладное питье.

Гипотермия есть охлаждение тела до температуры ниже нормальной. Наиболее частая причина гипотермии — длительное нахождение в холодной влажной среде, например, в холодной воде или зимой на улице. Гипотермия, однако, может развиваться и в помещении, если там холодно и сыро. В группу риска входят пожилые, дети и люди с тяжким недостатком умственного развития, которые не в состоянии осознавать свои потребности и выразить их вербально. Самые распространенные симптомы гипотермии — чрезмерно холодные части тела (в т. ч. и под одеждой), восковой вид кожи, опухлость лица, замедление обмена веществ, замедление дыхания, которое становится поверхностным, уменьшение частоты сердечных сокращений, пульса, падение давления. Развивается сонливость, и, если помощь не будет оказана вовремя, наступает смерть. Первая помощь при легкой гипотермии заключается в пассивном согревании, активное согревание может оказаться опасным. У пожилых людей, переживших гипотермию, восстановление нарушенной терморегуляции может занять годы.

Следует обращать внимание на:

- повышение температуры тела
- понижение температуры тела, окраску частей тела
- факторы, обусловленные окружающей средой

Двигательная активность

Движение свойственно живой природе, и движение своим телом — крайне важная человеческая деятельность. Повседневная жизнь требует совершения множества сложных движений в сотнях различных комбинаций. Двигательная активность влияет на стиль жизни. Сегодня все чаще высказывают озабоченность, что люди слишком мало двигаются.

Проблемы: с верхними конечностями, с нижними конечностями, гемиплегия, тетраплегия, паралич, с мышцами и скелетом. Если в какой-либо части тела мышцы по какой-либо причине не активны, развивается атрофия. Если по причине невозможности передвижения суставы в течение долгого времени остаются в одном и том же положении, это сказывается на них отрицательно. Охватывающие суставы мышечные волокна становятся короче, с течением времени суставы становятся менее гибкими, функциональная ткань замещается соединительной.

Изменения двигательных привычек — активность и неактивность может быть самой различной, но ее крайние проявления являются патологиями. Повышенная активность (в спастической форме у людей с повреждением головного мозга, при болезни Паркинсона, во время эпилептических припадков). При наличии психических заболеваний человек может быть крайне подавлен, утомлен, иногда может проявляться беспокойство, возникать неконтролируемая дрожь. В случае кататонической шизофрении наблюдается заторможенность моторики, выражающаяся в том, что человек застывает в практически произвольной позе и может находиться в ней часами.

Человек, который имеет возможность двигаться, должен двигаться, и в учреждениях социального обеспечения нужно поддерживать связанные с движением привычки людей или выработать новые. Особое внимание следует обратить на тех клиентов, которые в силу своего состояния не могут сами организовать свою двигательную активность. Те люди, свобода передвижения которых ограничена решением суда, также должны иметь возможность удовлетворять свою двигательную

потребность. Частью повседневной деятельности клиентов обязательно должны быть занятия, подразумевающие двигательную активность, спорт, а при ограниченной подвижности суставов — рекомендованные физиотерапевтом индивидуальные занятия.

Следует обращать внимание на:

- возможность самостоятельного управления конечностями
- изменения в двигательных привычках
- изменения в характере движений

Сон

Для всех живых организмов свойственно наличие периода отсутствия активности. Сон позволяет отдохнуть, однако системы организма в это время продолжают функционировать, хотя и медленнее, чем во время бодрствования. Сознание во время сна временно отсутствует, пробуждение наступает под воздействием достаточно интенсивного раздражителя (будильника, например). Дыхание во время сна более медленное и глубокое, чем во время бодрствования. Один цикл сна длится примерно 90—100 минут, и обычно таких циклов от четырех до шести. Цикл сна состоит из неглубокого, легкого сна, за которым следует стадия медленного сна (Non-REM-сна I-IV) и стадия быстрого сна (REM-сна). Вечером преобладает медленный сон, который необходим для физического восстановления организма, под утро — быстрый, со сновидениями, который восстанавливает высшую нервную деятельность. Половые гормоны стимулируют выработку в эпифизе мелатонина. Во время медленного сна повышается уровень тестостерона и гормона роста. Гормоны гипофиза во время медленного сна тормозят выработку гормонов надпочечниками. Самым важным фактором является общая продолжительность сна, на медленную и быструю фазу приходится примерно по 20% времени.

Притом, что сон каждого человека состоит из различных циклов, потребность в сне может значительно различаться. Во время бодрствования в течение дня периоды бодрости и сонливости могут чередоваться примерно со 100-минутной периодичностью. Состояние отдыха характеризуется физическим, эмоциональным и интеллектуальным расслаблением. В последнее время получили распространение различные техники расслабления, что является знаком того, что люди стали более информированы о важности расслабления и отдыха.

Проблемы: изменение среды и повседневной деятельности, приход в учреждение, кровати и матрасы, белье, процедура отхода ко сну, поза во сне, температура и освещение в помещении, ночные шумы. Кроме того — нарушения суточного ритма, боли, заболевания, бессонница, пробуждения, беспокойство, храп.

Следует обращать внимание на:

- особенности, связанные с потребностью в сне
- влиянии на сон факторов, связанных с окружающей средой
- наличие полноценного сна
- чередование периодов отдыха и активности в течение дня

17.2. Фармацевтика

Клиенты с особыми психическими потребностями, у которых диагностировано нарушение психики, нередко должны принимать лекарственные препараты ежедневно, поэтому с лекарствами в своей повседневной работе сталкиваются и руководители деятельности.

Лекарство — химическое вещество или смесь веществ, оказывающее определенное воздействие на жизнедеятельность организма. Лекарствами считаются такие химические вещества, влияние

которых на какие-либо физиологические процессы в организме человека доказано научными методами. Лекарства оказывают воздействие посредством конкретных молекул, нередко посредством белков. Часто действие лекарств осуществляется по межклеточным каналам и рецепторам, т. е. через нейромедиаторы.

Форма лекарства — конкретный вид, приданный данному препарату с помощью различных вспомогательных веществ и технологических процедур. Формой лекарства могут быть таблетка, порошок, мазь, микстура, раствор для инъекций, аэрозоль, драже, свечи.

Люди принимают конкретные лекарственные препараты (например, таблетки), к активному веществу которых добавлены различные вспомогательные вещества. Вспомогательные вещества улучшают вкус лекарства и его биодоступность.

Биодоступность — соотношение количества принятого и попавшего в кровь лекарства. Например, если человек глотает таблетку, она должна расщепиться в желудочно-кишечном тракте, и только тогда лекарство всасывается. У некоторых лекарственных препаратов этот показатель может составлять, например, 50%, т. е. половина этого лекарства попадает в кровь.

Способы применения. На выбор способа применения оказывают влияние состояние человека и патологические процессы в его организме. Так, если больной находится без сознания, он не может принимать лекарственные препараты через рот. Некоторые лекарства не всасываются в желудочно-кишечном тракте, поэтому их нужно колоть.

Существуют различные способы применения:

- через кожу
- через слизистые оболочки
- через рот (перорально)
- через задний проход (перректально)
- посредством инъекций
- через легкие

Некоторые лекарства бывают как в пероральной форме, так и в форме, пригодной для инъекций. Биодоступность лекарства в форме для инъекций выше, чем в иных; при введении в вену — 100%. Некоторые вводимые посредством инъекций лекарственные препараты имеют депо-форму. Депо-препараты вводятся внутримышечно, и в течение продолжительного времени (например, двух недель) из них с постоянной скоростью высвобождается активный компонент. Воздействие такого лекарства начинается не сразу, однако после единичного применения. Недостатком в этом случае является то, что при появлении побочных эффектов прием лекарства невозможно прекратить, поскольку оно уже находится в организме.

Дозировка лекарства. Действие лекарства зависит от его дозировки. Предписанную дозировку нельзя ни превышать, ни делать ее меньше. Уменьшение дозировки снижает действие лекарства, увеличение — увеличивает вероятность появления нежелательных побочных эффектов. Врач прописывает лекарство в терапевтических, т. е. оказывающих лечебное воздействие дозировках. Дозировки, многократно превышающие терапевтическую, являются токсичными, приводят к отравлению и могут быть опасными для жизни.

Расщепление и выведение лекарства. Когда человек принимает лекарство, оно расщепляется в организме. В процессе расщепления участвует множество ферментов, которые переводят лекарство в водорастворимую форму, облегчая его выведение из организма. Некоторые лекарственные препараты выводятся в той же форме, в которой принимались, некоторые расщепляются полностью. Как правило, часть лекарства выделяется в неизменной форме, большая часть — в виде продуктов распада. Выведение осуществляется через почки с мочой, а также с желчью через желудочно-кишечный тракт.

В отношении некоторых лекарств регулярно определяется их концентрация в крови, чтобы имелась уверенность, что принимаемая доза достаточна. Поскольку эффект лекарства зависит от того, какова его концентрация в зоне воздействия и в крови, выведение препарата из организма следует компенсировать повторным введением.

Частота приема лекарства. Частота приема лекарственного препарата должна обеспечивать его надлежащее содержание в организме. Если лекарство принимается в больших количествах и чаще, чем организм успевает от него избавляться, происходит кумуляция, т. е. накопление. При кумуляции препарата увеличивается его концентрация в крови и тканях организма, возникают побочные эффекты и опасность отравления. Если лекарство принимать недостаточно часто, его концентрация в крови оказывается ниже эффективной, и его прием становится бессмысленным. Если пропускать прием препарата, его концентрация в крови временно снижается и в случае некоторых лекарств воздействие его значительно ухудшается.

Побочные эффекты лекарств. Когда лекарство всасывается в кровь, оно разносится по организму и может оказывать воздействие не только в ожидаемом месте. Многие лекарства воздействуют через специфические белки, и может оказаться, что механизм действия таких лекарств запустится повсюду, где найдутся соответствующие белки. Ни одно лекарство в своем воздействии не является четко направленным. Направленность свойственна малым дозировкам, но для некоторых лекарств таких дозировок для получения желаемого эффекта недостаточно.

Толерантность. Многие лекарства имеют свойство оказывать при повторном применении более слабое воздействие, чем в той же дозировке ранее. Это называется толерантностью по отношению к препарату. Образование толерантности свидетельствует, что организм в определенной степени привык к препарату и в случае внезапной отмены может прореагировать неожиданно.

Взаимодействие лекарственных средств. Если требуется принимать несколько лекарств одновременно, надо иметь в виду, что лекарства оказывают влияние друг на друга в отношении процессов, которые с ними будут происходить в организме, силы и характера воздействия. Лекарства могут усиливать или уменьшать всасываемость других лекарств, ускорять или замедлять расщепление и выведение.

Пять «правильных» при передаче и введении лекарств:

- правильный клиент
- правильное лекарство
- правильная доза
- правильный способ применения
- правильное время

17.3. Лекарственные препараты, применяемые в психиатрии

Лекарства, применяемые для лечения психических и поведенческих нарушений, называются психофармаконами, и их применение — психофармакотерапией. Психофармаконы можно подразделить следующим образом: транквилизаторы (успокаивающие), антидепрессанты, психостимуляторы, нейролептики (антипсихотики), тимостабилизаторы, ноотропы.

Антипсихотики. Лекарства, применяемые при лечении шизофрении, называются нейролептиками или антипсихотиками. Поскольку при шизофрении между клетками мозга нарушено обращение химических соединений (особенно допамина), эти межклеточные взаимодействия пытаются корректировать посредством лекарств.

Классические или типичные антипсихотики, называемые также антипсихотиками первого поколения, применяются с 1950-х годов. Называемые классическими антипсихотиками применяются и по сей день. Их задача — блокировать в мозге допаминовые рецепторы.

Классическими антипсихотиками являются хлорпромазин, галоперидол, левомепромазин. Эти препараты оказывают воздействие на позитивные симптомы шизофрении (галлюцинации, бредовые идеи). Под воздействием лекарств смягчаются симптомы основного заболевания, однако возникают побочные эффекты. Побочные эффекты у все разные и зависят от типа и количества препарата, возраста пациента, обмена веществ в его организме, от других препаратов и общего состояния здоровья человека. Недостатком классических антипсихотиков считается их слабое воздействие на негативные симптомы заболевания, такие, как недостаток мотивации, индифферентность, стремление к изоляции и т. п.

В настоящее время предпочтение отдается более новым лекарственным средствам, которые называют **атипичными антипсихотиками**. Эти препараты приняли к использованию в 1990-х, они более эффективны. Помимо блокирования рецепторов дофамина, такие лекарства воздействуют на серотонергические рецепторы в мозге. Положительным является то, что они воздействуют и на негативные симптомы и вызывают меньше побочных эффектов в виде неконтролируемых движений, конвульсий и дрожи. Однако и они не вполне лишены побочных эффектов.

Новые антипсихотики — это клозапин (лепонекс), оланзапин, рисперидон, сертиндол, кветиапин, арипипразол.

Преимущество использования: у этой группы препаратов ниже риск побочного воздействия на экстрапирамидные пути (связанные с моторикой и движениями), возможно более положительное влияние на негативные симптомы и связанные с ними проявления (депрессию и враждебность), слабее нежелательное воздействие на когнитивные способности, а в некоторых случаях возможно их (восприятия, памяти, мышления) улучшение. Клозапин (лепонекс) эффективно влияет на позитивные симптомы, если речь идет о больных, которые не поддаются лечению типичными антипсихотиками, а также на позитивные и негативные симптомы, не поддающиеся лечению другими антипсихотиками.

Побочные эффекты лекарств

Высокие дозы препаратов вызывают чувство усталости, замедление мыслительной деятельности, эмоциональное оупение, сухость слизистых оболочек. Среди наиболее распространенных побочных эффектов также повышение массы тела, гормональные расстройства, диабет.

Побочные неврологические явления:

- Лекарственный паркинсонизм — проявляется в ригидности мышц (слабой подвижности суставов), треморе (дрожь в руках и ногах), неестественном положении тела, иногда в виде шаркающей походки, сопровождающейся сутулостью. Типично нейролептический паркинсонизм развивается в течение первых трех месяцев после начала курса препаратов, однако может наблюдаться и после его прекращения либо увеличения дозы.
- Брадикинезия — характерная бедность либо отсутствие мимики, «маска» на лице, скупость жестов, медленная, монотонная речь. Может также отмечаться эмоциональное оупение, оскудение речи, упадок сил.
- Дистония — спазматическое сокращение определенных групп мышц, в частности, лица, шеи, глазных яблок, языка; произвольные гримасы. В первые дни после начала лечения может проявиться ранняя острая (острая) дистония, которая часто болезненна и пугающа. В таком случае это состояние следует лечить.
- Акатизия — ощущение беспокойства, внутреннего напряжения, тревожности, нервозности, страха и увеличившаяся моторная активность, которая выражается в постоянной потребности в движении, невозможности усидеть на месте, постоянном присаживании и вставании, переминании с ноги на ногу, раскачивании взад-вперед. Раздражает человека, может привести к прерыванию лечения, агрессивному поведению.
- Злокачественный нейролептический синдром — серьезное осложнение, вызванное применением нейролептиков, чреватое летальным исходом. Возникновению синдрома может способствовать наличие сопутствующего соматического заболевания, физическая истощенность,

низкая масса тела, одновременное употребление нескольких лекарственных препаратов. Симптомы — повышение температуры тела, нарушения сознания, ригидность мышц, сердцебиение, потливость, недержание мочи. Состояние требует немедленного вмешательства и прекращения терапии нейролептиками.

В результате очень длительного употребления лекарственных препаратов может развиваться **поздняя (тардивная) дискинезия**, которая выражается в постоянных непроизвольных движениях, особенно в области лица — движениях языка, челюсти, мимических мышц, в т. ч. высовывание языка, неестественные движения языка, постоянные движения рта, надувание щек, жевательные движения, сдвигание челюсти на сторону. Этому сопутствуют аномальные непроизвольные движения корпуса и конечностей. Обычно клиенты не осознают эти свои движения. Такого рода побочные эффекты смягчаются циклодолом и акинетоном. С этими лекарствами связана опасность злоупотреблений, поэтому использовать их следует кратковременно.

Прочие побочные эффекты: сухость слизистых оболочек, сердцебиение, пониженное потоотделение, усталость, упадок сил, сонливость, нарушения менструального цикла, гинекомастия у мужчин, увеличение массы тела, изменения картины крови, повышенная чувствительность к солнечному свету, аллергические высыпания, помутнение хрусталика и роговицы, пигментация сетчатки глаза, спутанность зрения, сексуальная дисфункция, когнитивные расстройства (сознания, концентрации, памяти).

Способы приема антипсихотиков:

- перорально: таблетки, капли
- раствор для инъекций: применяется в случаях обострения, действует моментально
- в составе депо-раствора для инъекций: долговременное воздействие (1–4 недели)

Резкое прекращение ведшегося в течение долгого времени лечения приводит к симптомам синдрома отнятия: тошноте, рвоте, гастриту, головным болям, тахикардии, сонливости, тремору.

Передозировка лекарств. Передозировка, как правило, проявляется в виде усиления побочных эффектов наряду с угнетением дыхания и опасным для жизни состоянием. При наличии иных медицинских проблем или при принятии препаратов совместно с алкоголем передозировка может привести к смерти.

Основная проблема при употреблении антипсихотиков — трудности с поддержанием непрерывности лечения.

В отношении атипичных психотиков пациенты проявляют меньше неуступчивости (лекарства принимаются в соответствии с рекомендациями врача или иного медработника), поскольку побочных эффектов меньше.

Готовность психотического пациента к лечению антипсихотиками является залогом профилактики рецидивов, и обучение пациента играет здесь важную роль.

Руководителю деятельности важно знать:

- моча может окрашиваться в цвета от розового до красно-коричневого без какого-либо клинического значения
- при сухости во рту следует дать несколько глотков воды, жевательную резинку, карамель и т. п.
- следует избегать попадания жидких нейролептиков на кожу
- может нарушиться терморегуляция, есть опасность перегрева или переохлаждения
- алкоголь запрещен
- курение повышает интенсивность метаболизма

- из-за чувствительности к воздействию солнца, на солнечном свете следует прикрывать лицо и тело

Если у клиента неожиданно понимается температура, на него нападет усталость, возникают беспричинные кровотечения и кровоизлияния, появляются тошнота, рвота, недержание мочи, мышечное напряжение, судороги, темнеет моча, иктеричная (желтушная) кожа и склеры, появляются высыпания и проявляются нарушения координации, следует срочно сообщить об этом врачу или медсестре.

Электроконвульсивная терапия (ЭКТ).

Цель электроконвульсивной (электросудорожной, ранее называвшейся электрошоковой) терапии — вызвать генерализованную волну судорог длительностью 25—50 секунд. Лечение осуществляется под наркозом, на черепе закрепляются электроды, на которые подается ток.

ЭКТ выбирается в качестве первого метода, если требуется срочное улучшение: риск суицида, кататония, истощенность от недостаточного питания, сопровождающиеся тяжелой агитацией (возбуждением) психозы. В качестве второго метода ЭКТ выбирается при **тяжкой депрессии, мании, кататонии, шизофрении**. С помощью ЭКТ можно облегчить тяжкие депрессии у беременных, пожилых или лиц, страдающих соматическими заболеваниями, лечение которых иными средствами неприемлемо или приводит к побочным эффектам.

Стандартной продолжительности курса ЭКТ не установлено. В большинстве случаев требуется 6—12 сеансов, но есть пациенты, которым требуется 3—4 или до 20 сеансов. Полное излечение после 1—2 сеансов отмечается редко.

Самый типичный побочный эффект ЭКТ — преходящая амнезия, которая выражается в затруднениях с запоминанием новой информации.

Антидепрессанты. Эффект антидепрессантов, соответственно их наименованию, проявляется в смягчении и снятии симптомов депрессии. Особенно показаны антидепрессанты в случаях **умеренной и тяжелой депрессии**, в последнее время их всё чаще применяют при лечении тревожных расстройств. Совместный прием антидепрессантов и антипсихотиков показан при **депрессии с тяжкими психотическими симптомами**.

Побочные эффекты: сухость во рту, недержание мочи, запор, аритмии, ортостатическая гипертензия, сонливость, увеличение массы тела, сексуальные расстройства. При передозировке токсичны.

Наиболее распространенные антидепрессанты (торговые марки): Ciprallex, Prozac (Deprenon, Deprimaks, Nycoflox, Salipax), Fevarin, Seroxat (Zoloff), Cipramil, Efexor, Saroten, Amitriptylin, Imipramin, Noritren, Remeron, Coaxil.

Транквилизаторы (успокаивающие). Транквилизаторы снимают нервное напряжение, возбуждение, страх. Эффект достигается при относительно небольшой дозировке. При более значительных дозах проявляются и другие действия — расслабляются мышцы, возникает седативный эффект (снижается скорость реакции, точность, внимательность, когнитивные функции, уходят тревожность и беспокойство). Предпочтение отдается транквилизаторам кратковременного действия (лоразепам, алпрозолом). Снимать напряжение, возбуждение и страх посредством транквилизаторов в течение более двух недель нецелесообразно в силу опасности возникновения зависимости. Даже небольшие дозы, принимаемые недели и месяцы, могут вызывать привыкание. Длящиеся несколько дней симптомы синдрома отнятия могут возникнуть вследствие длительного применения любого психофармакона (ципрамила, флуоксетина, галоперидола, диазепама и др.).

Названия некоторых распространенных транквилизаторов: лоразепам, алпрозолом, седуксен, диазепам.

18. ГРУППОВАЯ РАБОТА В РАБОТЕ С КЛИЕНТОМ

18.1. Групповая работа

Особенности групповой работы. В последнее десятилетие групповая работа стала активно возрождаться и стала ценным методом патронажа. Совместная деятельность свойственна человеку и по душе ему. Зачастую то, что делается вместе, получается лучше и быстрее, хотя и предполагает наличие общей цели и разделения труда. В ходе групповой работы люди оказывают влияние друг на друга, и это влияние может иметь положительное воздействие как на развитие, так и на состояние здоровья. Исследования это подтверждают. Например, обнаружено, что количество случаев госпитализации клиентов, которые участвовали в групповой работе различных программ социальной реабилитации, реже, чем тех, кто в группах не участвовал.

Важна и другая сторона — лучше узнать клиента, которому будет оказываться помощь, посмотреть на него профессиональным взглядом. Наблюдая за общением и действиями клиентов в ходе групповой работы, можно получить о них важную информацию.

М. Кори и Дж. Кори называют групповую работу имперсональной лабораторией, которая показывает людям, что они не одни, что у них есть надежда иначе выстроить свою жизнь.

Поэтому групповая работа как метод часто оказывается очень эффективной, в том числе при работе с людьми с особыми потребностями.

Группа — это несколько человек, которые различаются как личности и образуют гетерогенное собрание людей, собравшихся, однако, с целью совместно чего-то достичь.

Группа есть единое целое, ее функционирование имеет свои особенности.

Для группы характерны следующие признаки:

- коллективное восприятие (восприятие себя как группы) — разделенные представления, мысли, идеи (есть что-то, что их объединяет)
- возможность удовлетворять определенные потребности
- взаимозависимость — деятельность каждого члена группы влияет на других
- социальная организация — свои нормы, роли, правила, иерархия и т. д.
- интеракция — воздействие друг на друга посредством общения
- когезивность — связность, стремление держаться вместе

Различные виды групп в повседневной работе руководителя деятельностью

Тип группы может определять ее ориентация и содержание совместной деятельности:

- **Группы для овладения навыками и знаниями.** Цель таких групп — обучение повседневной деятельности, развитие соответствующих навыков (уборки, накрывания стола, ухода за собой), а также обретение конкретных трудовых умений (плетения корзин, работы с деревом и т. д.).
- **Группы досуга и развлечений.** Они ориентированы либо на конкретную деятельность (рукоделие, пение, драмкружок), либо просто на совместное структурирование свободного времени (походы в театр, на танцевальные вечера).
- **Группы взаимопомощи.** В таких группах встречаются люди со сходными проблемами, для которых важна именно взаимная поддержка. Опора, которую люди получают от себе подобных, чрезвычайно важна и иногда необходима для того, чтобы наступили изменения. В случае с такими группами роль руководителя деятельности — поддержать их формирование. Если по-

добная группа начала действовать, она часто становится неформальной и может существовать помимо вмешательства руководителя деятельностью в течение долгих лет.

- **Группы по решению проблемы.** Сюда, помимо клиентов, входят их близкие, а также работники (руководитель деятельностью, социальный работник, врач).
- **Группы социализации.** Цель таких групп — помочь ее членам справиться и приспособиться в различных условиях.
- **Терапевтические группы.** Предполагается, что руководители таких групп обладают терапевтическими знаниями. В Эстонии в учреждениях специального социального обеспечения больше всего работает групп арт-, музыкальной, песочной и иппотерапии.

Для размышления

Попытайтесь, используя признаки групп, проанализировать одну из них, в которую вы входили или входите.

18.2. Динамика группы

Что такое динамика группы? Каждая группа в процессе своего существования развивается и изменяется, в этом и заключается динамика группы. Нередко группы развиваются и изменяются довольно непредсказуемо, и большинство членов этой группы этого не осознают, но руководитель деятельностью должен быть в курсе закономерностей, свойственных этому процессу.

Главные факторы, влияющие на развитие группы, — личности ее членов и потребности группы как целого, и они постоянно меняются.

Разные авторы описывают развитие групп по-разному. С. Моррис приводит следующие фазы развития группы:

1. формирование
2. противодействие
3. адаптация
4. действие
5. завершение

Фазы развития группы

Формирование

Эта фаза свойственна только что образовавшимся группам или группе, в которой появились новые члены. На этом этапе еще нет достаточно четкого понимания, для чего группа собралась. Цели группы находятся на втором плане, важнее личные потребности ее участников. Люди изучают, что происходит, смотрят, как ведут себя другие, важно наладить отношения и найти свое место в группе. Каждый член группы пытается найти для себя в ней такое место, чтобы приспособить себя к другим.

Эта фаза считается пройденной, когда участникам группы становятся ясны ее правила и образовалась определенная сеть взаимоотношений. Руководитель деятельностью на этой этапе играет активную роль, и многое зависит от него.

- Расскажите о себе как о человеке. Даже если клиенты знали вас раньше, важно рассказать именно о том, что связывает вас с деятельностью образующейся группы (например, как вы стали интересоваться рукоделием, кто вас этому научил, что вам больше всего нравится в рукоделии и т. д.).

- Помогите членам группы познакомиться друг с другом. Для этого хорошо подойдут игры-знакомства (см. подробнее в конце главы).
- Налаживание контактов и знакомство чрезвычайно важны. Отведите на это достаточно времени.
- Договоритесь с группой о правилах (как себя вести, что можно, а чего нельзя делать самостоятельно, как помогать друг другу, как попросить о помощи, какие у группы секреты и т. д.). Хорошо ввести некоторые ритуалы, например, как начинать работу, как здороваться, как заканчивать.
- Пусть каждый из участников группы расскажет о своих целях. Уточните с группой общие цели.
- Давайте позитивную обратную связь («Это очень здорово, что вы пришли и побудете с нами!») и делайте акцент на всем, что способствует более располагающей атмосфере для деятельности группы.

Фаза конфликта

Когда люди лучше узнают друг друга, проявляются возможные противоречия во взглядах, интересах и ожиданиях. У членов группы такие противоречия могут выражаться во враждебном отношении, гневе и других негативных эмоциях. Могут образовываться подгруппы, которые начнут конкурировать (иногда даже бороться) за позицию в группе. Иногда члены группы могут противопоставить себя руководителю, что может выразиться в агрессивном поведении (в активном противодействии или пассивном игнорировании).

Как руководитель группы вы можете делать следующее:

- Не забывать, что то, что происходит в группе, — нормально и лично против вас никак не направлено. Самое главное правило, которому должен следовать на этом этапе руководитель группы, — не воспринимать все как личное.
- Возникшие проблемы и напряженные отношения следует обсудить в группе. Обсуждение можно проводить в игровой форме.
- Не следует вступать с группой в открытую конфронтацию, чтобы выяснить, кто сильнее.
- Надо помочь группе выработать такие правила, которые были бы демократичны и способствовали бы достижению целей. При необходимости эти правила нужно изменять и дополнять.

Фаза приспособления

В этой фазе члены группы начинают осознавать важность общей цели. Групповые отношения частично уже сформировались, возникает в потребность обратной связи, чтобы узнать мнение других и опереться друг на друга.

Руководителю группы надо вести себя следующим образом:

- не прерывать работу с группой, хотя после фазы конфликта может показаться, что теперь все наладилось
- снова подумать о том, как управлять членами группы и мотивировать их
- быстро и однозначно реагировать, если кто-то нарушает правила либо ведет себя неподобающим образом; хвалить все, что достойно похвалы

Фаза деятельности

Это этап совместной работы группы, в котором задействуется весь ее потенциал. Это означает, что каждому участнику группы подобраны подходящая для него работа, деятельность и образ действий. Преобладает ощущение общности, друг с другом считаются. При этом в группе могут возникать противоречия, однако их удается разрешить, и обычно это происходит довольно быстро и безболезненно. Если группа достигла фазы деятельности, вы проделали большую работу, и ваша

роль как руководителя может становиться все более пассивной. Важно просто быть в досягаемости и присматривать. Следует также знать, что не хорошо, если на этом этапе группу покидает значительное количество участников либо присоединяется много новых.

Если это все же произойдет, руководитель должен понимать, что развитие группы будет отброшено на один или несколько этапов назад.

Фаза завершения работы группы

Когда группа достигла фазы деятельности и через нее достигла своей цели, пора приступать к прекращению работы группы. Для участников группы это, как правило, серьезный стресс.

На необходимость завершения работы группы указывает множество признаков:

- участники группы начинают проявлять не приветливость и показывать, что им надоело
- работа в группе не приносит ничего нового
- темы и проблемы начинают повторяться
- некоторые наиболее активные участники начинают пропускать занятия в группе
- члены группы точно знают, кто какой позиции придерживается, и это делает обсуждения бессмысленными

Ритуалы, помогающие завершению деятельности. Для завершения деятельности группы подойдут различные ритуалы — например, торжественная выдача свидетельств, совместное кофе-питие, более поздние общие встречи. Как руководитель группы вы можете проявлять активное участие в их организации и проведении.

Для размышления

Вспомните, например, какие-нибудь курсы, в которых вы принимали участие. Попробуйте обозначить и описать различные фазы развития этой группы

18.3. Необходимые условия для групповой работы

Т. Кадаене описала четыре условия, необходимых для групповой работы. Это:

- безопасность
- каждый от группы что-то получает
- каждый что-то дает группе
- кто-то заботится

Безопасность. Для всех участников группы она должна быть безопасной как в физическом, так и в эмоциональном смысле. Для людей с особыми потребностями, как и для детей, чувство защищенности еще более важно, чем для других. Здесь действует следующий принцип: если группа не безопасна для всех ее членов в целом, она не безопасна и для каждого в отдельности. Чувство защищенности зависит не только от поведения руководителя группы, но и от всех видимых и скрытых влияний членов группы друг на друга. Если в группе есть участник, который ведет себя вызывающе, злонамеренно или агрессивно, и такое поведение проявляется постоянно, группа становится небезопасной для всех, кто в нее входит, включая и самого того человека, который неподобающе себя ведет.

Каждый от группы что-то получает. Второе условие — чтобы каждый получал от группы что-то лично для себя. Это что-то может быть самым разным (одобрение близких, совместная трапеза, встреча с кем-либо, удовлетворение потребности в сопричастности, внимании, признании и проч.).

В первую очередь каждый участник группы (иногда не отдавая себе в этом отчета) задает именно такой вопрос: что мне дает участие в этой группе?

Поэтому важно, чтобы группа создавала и давала каждому хоть что-нибудь.

Каждый что-то дает группе. Человек должен ощущать свою важность для группы. Нередко именно это выпадает из поля зрения при руководстве группой. При работе с группой делать акцент на то, что происходит, организуется, дается, — важно, но столь же важно, чтобы каждый участник группы мог внести в нее свой вклад и чувствовать, что этот вклад востребован. Один из вариантов — указать группе, кто чем занимается, кто за что отвечает (за расстановку стульев перед собранием, за помощь кому-нибудь не опоздать и т. д.).

Кто-то заботится. Каждый член группы должен знать и чувствовать, что он для группы важен. В первую очередь это означает теплое, заботливое отношение. Надо обращать внимание, если кто-то отсутствует, кто-то выглядит грустным или необычно себя ведет.

Все эти условия — *безопасность, каждый от группы что-то получает, каждый что-то дает группе и кто-то заботится* — создают мотивацию для занятия в группе. Чтобы работа в группе была эффективной и могла привести к поставленной цели, очень важно, чтобы руководитель сумел создать указанные условия.

У работы в группе всегда есть четкая цель, которая состоит в осуществлении какого-либо изменения (научиться что-нибудь делать лучше, избавиться от страха общения, лучше понять себя и т. д.).

Исследователи психотерапевтической методологии считают, что залогом перемен, к которым может привести этот процесс, является отношение между терапевтом и клиентом. Поскольку свою эффективность доказали школы психотерапии, применяющие различные методики, была сделана попытка найти общий элемент, который их всех объединяет. Выяснилось, что это — взаимоотношения субъекта и объекта психотерапии.

Школы гуманистического направления описывают эти взаимоотношения как глубокую эмпатию равных людей. В этом смысле они везде ищут человечность.

М. Кори и Дж. Кори подчеркивают, что хороший помощник знает, что его личность — самый главный рабочий инструмент, имеющийся в его распоряжении.

Поэтому важно не просто знать, что надо делать, но и уметь прочувствовать и продумать — как. Честность и искренность при общении с людьми и оказании им помощи — вот самые главные ключевые слова.

18.4. Руководство группой и преодоление трудностей

Стиль руководства

Важно, чтобы все члены группы принимали руководителя. Более того, нужно, чтобы его поддерживали в этом качестве. Стиль руководства можно определить по шкале, на одном конце которой находит авторитаризм, на другой — соучастие. Авторитарный стиль — это стиль распоряжений, т. е. руководитель — это тот, кто указывает, что и как надо делать. Авторитаризм основывается на статусе и компетенции руководителя.

При работе с людьми с ограниченными возможностями авторитарного стиля не следует избегать или бояться. Его плюс заключается в том, что люди чувствуют себя защищенными и в безопасности, и это действует успокаивающе. В то же время он не подходит для тех членов группы, которые привыкли действовать самостоятельно и творчески.

Стиль соучастия предполагает разделение власти с членами группы. Руководитель группы в таком случае — скорее, вдохновитель и тот, кто поддерживает. Клиенты, привыкшие к авторитаризму,

при таком стиле руководства, если им придется действовать самостоятельно, могут испугаться и возбудиться и даже оказать сопротивление.

Таким образом, можно утверждать, что не существует ни правильного, ни неправильного стиля руководства, и большинство руководителей со своими методами находятся где-то посередине, при необходимости отклоняясь то в сторону авторитаризма, то в сторону соучастия, ободряя и поддерживая. Хороший руководитель группы гибок и выбирает стиль в соответствии с потребностями группы.

Трудности и их преодоление

Время от времени в групповой работе возникают проблемы, и это нормально. Важно понимать, что и почему происходит, и действовать, исходя из роли руководителя группы.

Какие же проблемы могут возникнуть и как себя вести?

В группе оказался человек, который к ней не подходит.

Важно, чтобы в группу не попадали люди, для которых неприемлема работа в группе, и для развития и обучения которых требуется индивидуальный подход. Если группа образована второпях, и в ней есть такие члены, которые ей не соответствуют, само существование группы вместо пользы может причинить вред, причем всем.

Что в таком случае делать? Прежде всего, важно понять, почему этот человек не подходит в группу. Иногда причиной могут оказаться скрытые мотивы, т. е. когда человек приходит с неким умыслом, решать свои личные проблемы, что не сочетается с целью группы. В таком случае может помочь индивидуальная беседа и достигнутые на ней договоренности. Если проблема в том, что навыки человека более слабые, чем у остальных, проблему может уменьшить индивидуальная помощь. Если же речь идет о клиенте, который чрезмерно раздражителен и все время слишком эмоционально реагирует, надо обсудить с ним положение с глазу на глаз. Нередко такие клиенты сами желают покинуть группу. Тогда будет полезно заменить групповые встречи индивидуальными.

Внешние препятствия и помехи.

Не всегда бывает так, чтобы все шло по плану. Если то, что что-то мешает, видно и группе, с ней об этом надо поговорить. Открытое и честное общение крайне необходимо для формирования благоприятной атмосферы. Мешать может что угодно, например, шум стройки на улице или пришедший в группу плачущий участник. Только в очень редких случаях такого рода помехи следует игнорировать, потому что члены группы, как правило, ждут реакции руководителя. Один из способов такой реакции — понять и принять (шум на улице сегодня действительно ужасный, но мы ничего не можем с этим поделать). Если речь идет о какой-то сильной эмоции участника, на это следует реагировать всегда — позволить выговориться или просто уйти, не оказывая при этом давления, но по возможности поговорив потом наедине.

Новый участник группы.

Если в закрытой группе появляется новый участник, руководитель должен проявить в связи с этим активность.

Еще до того, как новый человек пришел, группу хорошо бы об этом предупредить, а также обсудить с ней, как принять нового человека и что делать, чтобы сотрудничество сложилось. Опять же, большую роль играет знакомство.

Перенос.

Переносом называется ситуация, когда клиент переносит что-то из опыта своего предыдущего общения на отношения с работником. Возникающие у клиента чувства могут быть как позитивными, так и не негативными — от глубокой симпатии до чуть ли ни ненависти. Такая ситуация может сказаться на отношении группы к руководителю. Толчком процессу может послужить даже внешний вид. Перенос становится помехой, если он приводит к сильным эмоциям и/или противодействию.

В то же время руководитель группы должен всегда иметь в виду, что определенные реакции могут быть вызваны и конкретной ситуацией. Может иметь место и обратный перенос, т. е. эмоциональная реакция работника на клиента. Как прямой, так и обратный перенос — это проекция чувств, которая может быть серьезным препятствием при любой деятельности по оказанию помощи. В таких случаях ситуация срочно нуждается в прояснении и проработке совместно с вышестоящим руководством.

Противодействие.

Противодействие — это такое поведение клиента, которое мешает его движению к цели. Опираясь на многочисленные исследования, Йонг составил перечень наиболее распространенных проявлений противодействия:

1. Клиент критикует процесс и руководителя группы.
2. Клиент опаздывает, не выполняет обещанного.
3. Клиент молчит.
4. Клиент теоретизирует и философствует.
5. Клиент прекращает встречи до условленного срока или сообщает о внезапном выздоровлении, что на самом деле является защитой от дальнейших изменений.
6. Клиент чрезмерно шутлив или дурашлив.
7. Клиент постоянно отвечает «я не знаю».
8. Клиент не хочет прекращать встречи, хочет продлить сотрудничество.
9. Клиент вторгается в личную жизнь помощника.
10. Клиент предъявляет неуместный материал, чтобы заинтриговать помощника.
11. Клиент старается отделить процесс помощи от повседневной жизни (не вносит в нее изменений, не внедряет результаты работы).
12. Клиент не делает домашних заданий, не следует указаниям и советам.

Конечно, описанные проявления не всегда следует толковать как противодействие, особенно если речь идет о клиенте с особыми потребностями.

Противодействие может возникнуть от того, что клиент оказался в группе не по своей воле.

Причины противодействия могут крыться и в клиенте: недостаточно смелости для общения, мешают негативные эмоции, например стыд или страх. Иногда боятся перемен, к которым может привести работа в группе. Клиенту может не нравиться руководитель группы, его поведение, внешность. Противодействие может возникать и, например, из-за негативного отношения родственников клиента к его участию в групповой работе.

Если возникает противодействие со стороны клиента, оно в любом случае требует вмешательства руководителя, однако это вмешательство не должно проявляться в виде давления или осуждения, оно должно быть попыткой понять. Самые лучшие идеи относительно того, как справиться с проблемой, обычно рождаются в процессе доброжелательного сотрудничества.

Некоторые рекомендации:

- Привлеките к работе с клиентом значимых для него людей (членов семьи, друзей), которые смогут ему помочь и мотивировать.
- Будьте гибки и реалистичны. Если ваши ожидания превышают ожидания клиента, это, как правило, приводит к конфликту. У ваших действий существуют профессиональные границы: настолько помогать нельзя.

- Воспринимайте противодействие со стороны клиента как норму. Старайтесь продемонстрировать клиенту, что у противодействия может быть и положительная сторона (например, оно позволяет определить свое место в группе).
- Помогайте клиенту справляться с его негативными реакциями.
- Еще раз поговорите с клиентом на тему, какую пользу он может извлечь из групповой работы.
- Анализируйте свое вмешательство. Следите, чтобы в нем не проявлялось давления или принуждения, потому что так противодействие только усилится.
- Старайтесь создавать ситуации, в которых оказавшийся в тупике клиент сам мог бы кому-то помочь. Именно это часто приводит к изменениям в отношении клиента. То же самое можно делать в рамках ролевой игры.

Внегрупповой контекст

Групповая работа всегда происходит в каком-то более широком контексте. Например, может получиться, что работу с группой приходится проводить в том же здании и в тех же помещениях, в которых проходит повседневная жизнь клиентов, которыми вы как раз и руководите. Это довольно сложная ситуация, потому что возникают двоякие роли. Это в свою очередь приводит к тому, что между собой сталкиваются множество различных чувств и отношений, которые могут оказать существенное влияние на работу группы.

Такого рода группа внутри учреждения может привести к недоразумениям и при общении клиентов между собой. Обязанность руководителя группы, с одной стороны, заключается в том, чтобы создать безопасную атмосферу внутри коллектива и при необходимости защищать его от возможных мешающих внешних воздействий, но, с другой — при работе с группой следует учитывать цели и интересы всего учреждения.

Внутри группы имеется информация, которая не должна оставаться тайной

В группе может сложиться ситуация, при которой руководитель не должен молчать о сложившихся внутри коллектива обстоятельствах. Прежде всего, это касается ситуации, когда входящий в группу человек может нанести ущерб себе или другим. В таком случае стороннее вмешательство необходимо.

Руководитель группы обязан в данной ситуации быстро сообщить об этом своему руководителю или начальству.

На что обращать внимание перед началом работы с группой

Если вы для достижения какой-либо цели решили использовать при работе с клиентами групповой подход, важно, чтобы предварительно была проведена основательная и в достаточном объеме подготовка. Чтобы насколько это возможно избежать ошибок, надо тщательно все продумать.

Почему в решили работать с группой? Для кого предназначены эти занятия?

Например, если цель состоит в том, чтобы вырыть яму, и в наличии только одна лопата, создавать для этого группу было бы излишне. Зато группа полезна, если цель состоит, предположим, в том, чтобы научиться справляться с определенными повседневными проблемами или обрести какие-либо социальные навыки.

При комплектации следует применять индивидуальный подход, убеждаясь, что каждый конкретный человек подходит для работы в группе вообще и в данной группе в частности. Обычно перед началом групповой работы происходят личные встречи со всеми ее будущими участниками. Цель таких встреч — понять мотивы этих людей и убедиться, что в группу не попадут «не те». Если клиенты известны руководителю деятельностью по предыдущей работе с ними, личные встречи в связи с будущей группой проводить не обязательно. Руководитель группы должен знать, кто такие члены его группы, и как они в ней оказались (добровольно, по направлению врача, как-нибудь еще).

Важно, чтобы руководитель деятельности имел возможность принимать участие в комплектации группы.

Следует иметь в виду и то, что групповая работа подходит не каждому, ее не надо непременно проводить со всеми клиентами.

Для размышления

Чего позволяет добиться групповая работа при занятиях с людьми с особыми потребностями?
Чего конкретно позволяет добиться планируемая работа?

Групповая работа:

1. Поддерживает
2. Обучает
3. Дает возможности
4. Увеличивает/уменьшает
5. Развивает
6. Изменяет
7.

Какова цель данной групповой работы? Чего я хочу добиться? Чего необходимо достичь?

Групповая работа начинается с постановки задачи, т. е. определения желаемой цели. Ниже приведены некоторые возможные цели групповой работы:

- овладение практическими навыками
- передача знаний
- оттачивание уже имеющихся умений
- развитие смелости в общении (самовыражение, умение понимать других)
- повышение заинтересованности в общении
- развитие терпимости по отношению к другим
- изменение поведения

Чем точнее и позитивнее будет сформулировано, чего мы хотим, чем активнее будет настрой на поиск и выявление возможностей, тем больше вероятность того, что нам удастся достичь желаемого результата.

Если мы не знаем своих целей, то непонятно и направление, в котором двигаться. Проще всего двигаться к тому, чего мы хотим, и от того, чего мы не хотим. Позитивно сформулированная цель всегда мотивирует и вдохновляет больше, чем негативная.

Кроме того, цель должна быть достижима. Если цель слишком велика, ее нужно подразделить на более мелкие и легче достижимые.

Для размышления

Попробуйте с максимальной точностью сформулировать цель своей групповой работы. Сосредоточьтесь на тех положительных изменениях, которые она принесет клиенту по окончании.

Что надо еще сделать?

- Перед тем как начать, следует найти ответ на следующие вопросы:
- Где будет проходить работа с группой? Для всех ли подходит и легкодоступно это место? Достаточно ли там пространства для запланированных занятий? Подходящая ли там температура? Как расставить мебель?
- Когда будет проходить работа с группой? Самое ли это подходящее время для участников группы? Подходит ли клиентам продолжительность занятий? Следует ли обсудить эти вопросы с участниками группы? Какая частота встреч была бы оптимальной?
- Какие требуются средства? Умеет ли руководитель группы этими средствами пользоваться, или ему нужна помощь? Нужно ли что-нибудь купить или достать? Есть ли на это ресурсы?
- Будет ли руководитель работать с группой один? Что нужно сделать, чтобы наладить сотрудничество с помощниками?

Полезные упражнения для проведения групповой работы

- *Для того чтобы познакомиться и создать непринужденную атмосферу*, участники могут ходить по помещению и здороваться со всеми за руку. При этом можно называть либо свое имя, либо животное, на которое человек считает себя похожим. Это особенно интересно, если в помещении есть мебель — можно здороваться через столы и стулья.
- Каждый участник *рисует что-то на листе бумаги* и рассказывает о себе посредством этого рисунка.

Для знакомства можно использовать и *пантомиму*: рассказ о себе ведется лишь языком тела.

- *Упражнение-приветствие*: сначала человек здоровается со всеми за руку, потом локтями, бедрами, коленями. Участники могут предлагать свои варианты приветствий.
- *Хорошее развивающее упражнение против скуки и усталости*: выберите предмет (книгу, цветочный горшок, игрушку и т. п.), который участники могут передавать друг другу. Каждый, кто в данный момент держит этот предмет, говорит, что видит в нем хорошего, и как его можно задействовать для работы в группе.
- Участники становятся в круг, в руках у одного из них мяч. Он бросает мяч кому-нибудь другому и задает вопрос. Тот, кто ловит мяч, должен ответить и бросить мяч с новым вопросом другому. Вопросы могут быть связаны с тем, чем занимались в группе, или с тем, чтобы лучше узнать друг друга.
- Ставятся в круг стулья, все участники, кроме одного, которому не хватает стула, садятся. Он становится в середину круга, и его задача получить место на стуле. Для этого он говорит, кто должен пересесть, и занять освободившееся место. Например, он может сказать: «Пересаживаются все женщины/мужчины», «Пересаживаются те, кто любит мороженое» или «Пересаживаются те, кто не хочет здесь находиться». Тот, кому стула не хватит, встает в середину круга и водит.

Это упражнение помогает участникам выражать свои желания и чувства, развивает творческий подход и одновременно дает информацию руководителю группы.

- *Упражнение для налаживания контактов и развития навыков сотрудничества*: разрежьте на кусочки несколько почтовых открыток. Кусочков должно быть столько же, сколько участников. Смешайте кусочки и попросите каждого взять себе один. Каждый из участников должен найти,

у кого на руках кусочек такой же открытки. На основании этого можно образовать более маленькие группы. Более простой вариант — когда открытки разные, сложнее — когда открытки одинаковые, но по-разному разрезаны.

- Подберите одинаковые примерно метровой длины веревки. Возьмите их за середину так, чтобы концы свешивались по сторонам. Концов должно быть столько же, сколько участников. Каждый из участников берется за один из концов, после чего вы отпускаете веревки. Пару образуют те, кто держатся за одну и ту же веревку. Пара должна что-нибудь сделать вместе (станцевать, обняться, представиться, что-либо обсудить). Упражнение можно повторять, образуя новые пары. Задания могут быть одними и теми же или разными. *Упражнение подходит для знакомства, образования пар и развития навыков сотрудничества.*
- Дайте каждому участнику по кусочку пластилина (хорошо, если цвет каждый может выбрать сам). Попросите всех слепить что-нибудь на одну и ту же тему (например, кто как себя чувствует, какой сегодня день, подарок другу). В зависимости от поставленной задачи потом можно всем вместе обсудить, кто что сделал, и выслушать комментарии каждого из участников группы по поводу того, что он слепил. *Упражнение помогает успокоиться и сосредоточиться, выразить свои мысли и чувства. Хорошо подходит, чтобы выяснить ожидания участников группы и получить обратную связь.*

19. УПРАВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

19.1. Сущность проблемного поведения

Что понимать под проблемным поведением? Очевидно, точки зрения здесь могут расходиться в зависимости от того, кто как воспринимает свои личные границы, как осознает окружающее и какой имеет порог терпимости. То, что один стерпит без проблем, на что может даже не обратить внимания, для другого может оказаться абсолютно неприемлемым. Как же в таком случае понять, какое поведение является проблемным в контексте людей с особыми психическими потребностями?

Поведение можно считать проблемным в том случае, если в его результате наносится эмоциональный, душевный или физический ущерб или причиняются страдания самому человеку, окружающим и/или среде.

Очень важно иметь в виду, что любое поведение является способом коммуникации и имеет свое значение. У каждого поведения есть цель и функция. Поэтому, рассуждая о проблемном поведении, мы будем говорить, скорее, об индикативном, т. е. что-либо выражающем поведении.

Проблемное поведение может проявляться в виде:

- **вербальной агрессии** — сквернословия, ругани, издевательств, глумления, подначивания, а также постоянных громких звуков, таких как визг, крик и т. п.
- **физической агрессии** — избиения окружающих, нанесения им ударов, толчков, укусов, таскания их за волосы, плевках, бросания предметами, ломания предметов и т. п.
- **саморазрушающего поведения** — нанесения себе различного рода повреждений: ударами, укусами, попытками биться головой, выдавить глаза, попытками суицида, задержкой дыхания, перееданием, постоянным вызыванием рвоты, отказом от принятия пищи и т. п.
- **ухода в себя** — безразличия к окружающему, отказа от общения с клиентом, когда человек встает с кресла или из-за стола и принимается беспокойно ходить, когда отказывается от участия в совместных мероприятиях и т. п.

Ущерб может быть непосредственным (физическая боль, телесные повреждения, сломанные и поврежденные предметы) или косвенным (страх, неуверенность, ненависть, чувство вины, беспомощность). Нередко различные проявления проблемного поведения могут отмечаться одновременно, например: вербальная и физическая агрессия, уход в себя и саморазрушающее поведение или вербальная и физическая агрессия и саморазрушающее поведение.

19.2. Причины проблемного поведения

Когда произошел инцидент, связанный с проблемным поведением, нередко говорят, что все случилось «на пустом месте» или «безо всяких причин». Проблемное поведение **никогда** не проявляется без причины. Мы можем не знать об этой причине, но это не значит, что ее нет.

У индикативного поведения может быть три основных типа причин:

- медицинско-биологические,
- индивидуально-психологические,
- обусловленные окружением.

1) Медицинско-биологические факторы, т. е. связанные с диагнозом, нарушением или недостатком

В этих случаях причиной поведения является органическое повреждение или физическое нарушение. Проблемное поведение сопутствует многим диагнозам, среди них аутизм, шизофрения, органические нарушения психики, деменция, недостаток умственного развития, первазивные нарушения развития, ряд специфических синдромов. Кроме того, проблемное поведение могут вызывать соматические заболевания и боль.

При шизофрении страдают когнитивные и эмоциональные функции человека, вследствие этого страдает и его поведение (см. «Психические расстройства»). У шизофреника могут возникать ложные представления, навязчивые идеи, он может слышать голоса, которые приказывают ему вести себя агрессивно. Кроме того, человек может параноидально относиться к некоторым другим людям и считать, что они желают ему зла (например, хотят его убить).

В случае аутизма у человека отмечаются сложности с тем, чтобы объяснить свои мысли и намерения окружающим, а также с пониманием окружающих (см. гл. «Недостаток умственного развития»). Аутисты не воспринимают языка тела других людей, например, выражения лиц. Кроме того, их мышление чрезвычайно конкретно, они понимают используемые в речи выражения и метафоры буквально. Это может вызывать недоразумения и даже страх (например, «гореть желанием» или «лопнуть от смеха»). Многие аутисты немые, что еще более осложняет общение с ними.

Например, уже в описании диагноза синдрома Лёша-Нихена содержится указание на саморазрушающее поведение (см. гл. «Недостаток умственного развития»).

Но на страдания и физическую боль, обусловленные соматическими заболеваниями, может зачастую обращаться недостаточно внимания именно в учреждениях социального обеспечения. Если у человека проблемы с коммуникацией, или он не обладает даром речи, как он может дать понять, что ему больно? Если у него болит голова, живот или зуб, он может повести несвойственным себе образом и стать даже агрессивным. Всегда, когда идет выяснение причин поведения, следует установить, не имеют ли место физические страдания.

2) Индивидуально-психологические факторы, т. е. обусловленные свойствами личности и уровнем умственного развития человека

Сюда относят уровень умственного, т. е. когнитивного развития, уровень эмоционального развития, темперамент, характер. Чем в большей степени нарушены умственные способности человека, тем больше вероятность, что его поведение станет проблемным. Крайне важным является уровень эмоционального развития. Зная, в какой фазе эмоционального развития находится человек, можно определить, какие переживания он в состоянии испытывать и выражать, и как в соответствии с этим следует с ним общаться (см. «Эмоциональное развитие и его влияние на поведение»). Понимание уровня интеллектуального развития позволяет представить, какие у человека имеются способности и ограничения. Люди с ограниченными возможностями, точно так же как и «обычные» люди, могут иметь различный характер и темперамент. Поэтому и среди наших клиентов есть как веселые, активные, любопытные, так и спокойные, замкнутые, меланхоличные и ворчливые.

Проблемное поведение проявляется в первую очередь тогда, когда человек **не может или не умеет по-другому дать понять о своих потребностях**. Чем ниже интеллектуальный и эмоциональный возраст человека, тем сложнее ему объясняться с другими людьми, и тем больше вероятность возникновения разного рода проявлений проблемного поведения. Проблемное поведение нередко обусловлено тем, что человек не понимает окружающий мир, того, что вокруг происходит, и поэтому постоянно находится в состоянии сильного стресса. Его когнитивные способности и эмоциональное развитие находятся на слишком разных уровнях. Когда человек не в состоянии выразить свои желания, это может вызывать у него сильнейшую фрустрацию и раздражение. При работе с людьми с недостатками умственного развития или хроническими душевными болезнями всегда надо помнить о коммуникативных проблемах!

3) Факторы, обусловленные окружением

Такого рода факторы связаны с несоответствием социальных или физических условий среды потребностям личности. Для человека это может означать гипер- или гипостимуляцию, пере- или недооценку возможностей (и, соответственно, предъявление завышенных или заниженных требований), негативное отношение окружающих или некомпетентные методы работы.

Чтобы понять функцию проблемного поведения, следует постараться увидеть и понять мир так, как его видит и понимает данный конкретный человек. Например, аутист может своим поведением пытаться сообщить, что:

- он в замешательстве или в страхе перед лицом непонятной ситуации или события
- в повседневных процедурах или повторяющейся деятельности возникли изменения или отклонения
- он не понимает объяснений или указаний
- что он не знает, как вести себя в данной ситуации
- что он не в состоянии объяснить свои потребности и чувства
- что он крайне чувствителен к определенным раздражителям (например, к голосам, запахам, прикосновениям)
- что он боится определенных ситуаций или объектов
- что от него требуют выполнения непосильной задачи

Проблемное поведение проявляется часто тогда, когда человек не понимает предъявляемых ему требований и **находится в замешательстве**. Особенно это относится к людям с недостатком умственного развития. Нередко в общении с ними мы прибегаем к слишком сложным формулировкам и надеемся, что нас поймут. Представьте, что вы оказались в незнакомой стране, где никто не говорит на понятном вам языке. Если люди кричат на тебя на этот самый незнакомый язык и явно злятся, очень трудно понять, чем же именно они недовольны. Вы такой ситуации вы тоже оказались бы в замешательстве и страхе.

Аналогичное ощущение замешательства может возникнуть и тогда, когда **изменяют схему лечения**. Большинство людей имеют представление о том, как на них влияет то или иное принимаемое ими лекарство. Психологические исследования показали, что человек легко впадает в замешательство и раздражается, если ему не объяснили побочные эффекты назначенных лекарств. Если вы прописали кому-то адреналин и сказали, что это аспирин, едва ли следует ожидать, что человек, почувствовав неожиданное воздействие, проявит понимание. Это может быть очень пугающе. То же самое может произойти с человеком с недостатком умственного развития: лекарства зачастую являются чем-то привычным, однако назначенные с благими намерениями, но без понятных объяснений, могут привести к непредвиденным состояниям. Это может вызвать у больного замешательство и иногда может послужить причиной вспышек агрессии — поскольку он не понимает, что с ним происходит.

Очень распространенным фактором, вызывающим проблемное поведение, является **праздность**. Когда людям нечего делать, они сосредотачиваются на своих проблемах и находят для себя такое занятие, которое может оказаться неприемлемым для окружающих. Исследования четко показывают, что проблемное поведение людей с недостатками умственного развития имеет место значительно реже, если сделать их распорядок дня более насыщенным разнообразной деятельностью. Структурированное расписание, насыщенное новыми переживаниями и новым опытом, имеет значительное положительное воздействие на поведение. Если человеку скучно, своим агрессивным поведением он стремится обратить на себя внимание. В таком случае следует предложить ему внимание в более позитивной и подходящей форме. Занятие целенаправленной деятельностью уводит мысли в сторону от проблем.

Изменения в повседневной рутине могут привести к проблемному поведению именно у аутистов и лиц с недостатками умственного развития. Четко установленная рутина позволяет им справиться с собой и понимать свое окружение. Изменения же в рутине вызывают замешательство и стресс.

Внешние факторы также могут стать причиной проблемного поведения. Это может быть, например:

- чрезмерно ограниченное личное пространство, чтобы чувствовать себя в безопасности
- жара
- сильный шум, громкие голоса
- неподходящее место (стул) в помещении

При проявлении проблемного поведения нередко начинают заниматься следствием, а не причиной. Если человек бьется головой о стену, надеть на него шлем — не значит решить проблему и понять, ПОЧЕМУ человек бьется головой о стену. Если пытаться воздействовать на следствия, иногда проблему можно временно и снять, но обычно она вскоре возвращается, поскольку причины остались невыясненными, а то, на что это поведение направлено, осталось не реализовано.

При проблемном поведении причины обычно проявляются в комбинации. Так, у человека может быть диагноз, с которым связано проблемное поведение, в когнитивной стороне его деятельности наблюдается множество нарушений, однако его возможности постоянно переоценивают или проявляют в его отношении недоброжелательность.

19.3. Эмоциональное развитие и его влияние на поведение

Как и физическое, эмоциональное развитие происходит поэтапно. Чтобы достичь следующего этапа, следует преодолеть предыдущий. Взрослого с низким уровнем эмоционального развития уместно сравнить с нормально развивающимся ребенком, потому что их эмоциональный возраст бывает одинаков.

Этапы эмоционального развития:

- I этап: фаза адаптации (0–6 месяцев)
- II этап: первая фаза социализации (6 месяцев – 1,5 года)
- III этап: первая фаза индивидуализации (1,5–3 года)
- IV этап: фаза формирования эго (3–7 лет)
- V этап: фаза самоактуализации (7–12 лет)

Эмоциональное развитие состоит из большого количества этапов и длится всю жизнь, однако в отношении людей с недостатком умственного развития установлено, что большинство из них никогда не достигают пятого этапа. У людей с нарушениями психики, которые нуждаются в специальных услугах социального обеспечения, отмечается регресс в эмоциональном, а нередко и в когнитивном развитии. У некоторых клиентов в период ремиссии (облегчения) эмоциональный возраст может возвращаться на т. н. нормальный уровень, но в период обострения болезни снова наблюдается откат. Поэтому ограничимся описанием первых пяти фаз.

I Фаза адаптации, т. е. приспособления (0–6 месяцев)

Первый месяц жизни называется месяцем аутизма, потому что ребенок еще не замечает окружающего. Со второго месяца у него устанавливается симбиотическая связь с опекуном. Ребенок по-

дает определенные сигналы, чтобы обратить на себя внимание опекуна, который удовлетворяет его потребности. Начинается налаживание сенсорной интеграции, которая заключается в интеграции в пространство, время и во встраивании в жизнь других людей. Обучение происходит на базе рефлексов, первым актом деятельности является реакция на реакцию других. В последующие месяцы укрепляется общение с окружающими, ребенок обращает больше внимания на опекуна, физический контакт становится интенсивнее, взаимное влияние растет. Появляется страх перед громкими голосами, светом и шагами. Ребенок не справляется с обработкой большого количества сенсорных сигналов и не умеет их использовать в сложных ситуациях. Серьезной задачей в период развития является исследование собственного тела. Общение с окружающими происходит только на физическом уровне. Из эмоций представлены только страх, гнев, возбуждение и удовлетворенность. Гнев неуправляем и выражается в направленной на себя агрессии.

II Первая фаза социализации (6 месяцев – 1,5 года)

В этот период ребенок изучает человека, который его опекает. Происходит также открытие физического контакта и физической среды. У ребенка возникает чувство привязанности, начинается формирование эмоциональной свободы. Он может отличать чужих от своих, и во вторую половину периода понимает и физические ограничения, которые есть у него и у других. Ребенок начинает физически дистанцироваться от матери, чтобы исследовать окружающий мир. Несмотря на то, что ребенок желает отдалиться от матери, чувство защищенности для него крайне важно, и для его поддержания требуется наличие какого-нибудь надежного объекта (например, мягкой игрушки, платка или любого другого предмета, который можно держать в руках и носить с собой). Важно также наличие четкой структуры дня. Изменения в повседневной рутине вызывают страх и фрустрацию. Из эмоций проявляются страх (особенно в отдалении от опекуна), привязанность и гнев в случае какой-либо потери. Агрессия бесконтрольна и направлена в первую очередь на физическую среду.

III Первая фаза индивидуализации (1,5–3 года)

В этой фазе начинается формирование личности и индивидуальности. Коммуникация с окружающими осуществляется дистанционно, и о своих возможностях заявляется крайне настойчиво. Для того чтобы в дальнейшем ребенок оказался восприимчив к сотрудничеству, в начале у него должны развиваться упрямство и негативизм. Ребенок видит себя как индивида и в таком качестве хочет показать себя остальным. Он хочет, чтобы среда считалась с его индивидуальностью. В то же время он не в состоянии поставить себя на место окружающих или проявить гибкость. Поведение ребенка — это постоянная борьба за независимость, однако при этом он все время нуждается в чувстве защищенности и собственно защите. Его настроение определяется максимумами «хочу — не хочу» и «быть самостоятельным — быть зависимым». Ребенок хочет сам исследовать окружающее, но для этого ему необходимо наличие близости опекуна. Он понимает, что между ним и остальными есть разница, однако его реакции — еще не реакции личности, и он не умеет различать добро и зло. Когда его обуревают гнев, агрессия проявляется бесконтрольно и направлена на других людей. К концу периода ребенок начинает понемногу воспринимать социальные ценности, начинается развитие навыков сотрудничества. Ребенок знает названия многих чувств, но с этими чувствами не справляется и не умеет пока их контролировать.

Многие люди с недостатком умственного развития в своем социально-эмоциональном развитии остаются на первой фазе индивидуализации, и их поведение характеризуется следующими признаками:

- постоянным поиском внимания
- исключительным упрямством
- необходимостью срочного выплеска энергии в случае фрустрации
- агрессией, направленной на других людей
- настоятельная потребность в исследовании и изучении среды
- удовольствием от игры с предметами, материалами

- исключительная деструктивность в действиях
- направленность социальных навыков и коммуникации на авторитеты

IV Фаза формирования эго (3–7 лет)

В этой фазе вся жизнь ребенка сосредотачивается вокруг его «я», он осознал, что «я» — это важно. Ребенок подмечает различные детали, но не всегда в состоянии осознать целое. Из-за этого происходит бессистемное накопление несвязных вещей. Все больше обращается внимание на сверстников, и доминирует желание сравнивать себя с другими и быть лучше. В то же время ребенок находится в замешательстве, потому что желанию добиться успеха сопутствует страх неудачи. Саморегуляция и самосознание пока ограничены, но самоуверенность проявляется прежде самосознания. Во второй половине периода ребенок начинает принимать правила социального поведения. Он отождествляет себя с теми, кто служит для него авторитетом, и слушается их. Начинается развития творчества и фантазии. У ребенка появляются социальные контакты, но чтобы дать им толчок к развитию, необходимо вмешательство взрослых. Отмечаются случаи сотрудничества со сверстниками, но ребенок не в состоянии поставить себя на место других или проявить сочувствие. К концу периода формируется чувство стыда, поэтому, в частности, высвобождение агрессии на других людей начинает осуществляться скрытно.

V Фаза самоактуализации (7–12 лет)

Все, что получило начало в первой фазе, продолжает развиваться дальше. К 12 годам формируется чувство вины и начинает развиваться самосознание. При фрустрации ребенок может в определенной мере сдерживать свои чувства, агрессия проявляется прежде всего вербально. Большинство людей с недостатком умственного развития фазы самоактуализации не достигают.

19.4. Цели проблемного поведения

Любое поведение человека имеет какую-либо четкую цель. Это относится и к людям, в когнитивной деятельности и предпочтениях которых наблюдается очень много нарушений. Проблемное поведение может быть:

- самостимуляцией
- способом общения
- просьбой о помощи
- уклонением от выполнения требований
- привлечением внимания

Самостимуляция

Проблемное поведение с целью самостимуляции имеет место тогда, когда человек открыл для себя такую модель поведения, которая немедленно дает приятный эффект.

Например, многие лица с глубоким недостатком умственного развития научились вызывать у себя рвотный рефлекс, задерживать дыхание или расцарапывать раны, потому что ощущения, которые сопровождают такого рода действия, им нравятся. Особенно это относится к тем, у кого из-за повреждений центральной нервной системы нарушены сенсорно-перцептивные процессы. В таком случае может оказаться, что они восприимчивы только к экстремальным ощущениям, связанным с саморазрушением.

Самостимуляция может быть направлена и на других людей и предметы. Это может, например, выражаться в том, что человек подкрадывается сзади и старается напугать, пытается ущипнуть, ударить — чтобы вызвать у другого ответную реакцию. Также в целях самостимуляции человек может

разбить окно или вазу. Стимулами в таких случаях являются крик или звук разбивающегося стекла — и именно к ним человек стремится для самостимуляции.

Способ общения

Когда проблемное поведение является способом общения, это выражается в том, что человек старается вести себя неприятно, раздражающе, чтобы дать понять о своих желаниях или намерениях. Например, он хватается работника за руки, чтобы пойти на улицу. Проблемное поведение может быть приобретенным способом общения, если с самим человеком всегда общались именно так, и других примеров он не видел. Зачастую проблемное поведение выступает в качестве способа общения из-за недостатка коммуникативных навыков.

Просьба о помощи

Своим проблемным поведением человек может также привлекать внимание к тому, что он нуждается в помощи. Говоря о таком проявлении проблемного поведения, важно помнить, что оно является индикативным. Например, человек может биться головой о стену потому, что у него болит зуб, а он не может объяснить это словами. Если человек начинает нападать на других клиентов, это может означать, что он не справляется с чрезмерной стимуляцией в заполненном народом помещении.

Уклонение от выполнения требований

В случае использования проблемного поведения для уклонения от выполнения требований человек приучился следовать какой-либо неприятной для окружающих модели поведения, которая направлена на то, чтобы избавить его от возложенных на него обязательств или предъявляемых к нему требований. Например, он может укунить соседа только потому, что за это его уведут в его комнату, и ему не придется больше находиться вместе с другими членами группы. Также возможно, что при получении определенного распоряжения человек может напасть на работника или соседа для того, чтобы его боялись и потому освободили от необходимости выполнять распоряжение. Как правило, такой способ уклонения от обязанностей человек открывает для себя случайно либо в результате какой-то собственной реакции, либо следуя чьему-то примеру.

Привлечение внимания

Наиболее частой целью проблемного поведения является привлечение внимания. В этом случае человек научился вести себя определенным образом, чтобы на него обратили внимание, причем нет никакой разницы, будет это внимание позитивным (например, похвалой) или негативным (например, наказанием). Тем не менее, следует проявлять осторожность, чтобы ошибочно не принять какую-либо иную цель проблемного поведения за стремление привлечь к себе внимание.

19.5. Анализ проблемного поведения для выяснения его цели

Чтобы понять поведение человека, нужно выяснить, какие факторы вызывают его проблемное поведение. Как только удастся выяснить, почему человек поступает так или иначе, можно будет понять и шаблоны его поведения. Для этого надо внимательно следить за его поведением и все тщательно документировать.

Для выяснения цели проблемного поведения можно использовать т. н. ABC-анализ. Этот метод опирается на детальное отслеживание ситуации. Важно обращать внимание на малейший знак или реакцию как в поведении клиента, так и в его окружении. Конечная цель — получить цельную картину ситуации без излишних попыток ее интерпретировать. Предлагаемый метод подразумевает наблюдение (без вмешательства) за клиентом в его среде. Все замеченные нюансы следует записывать, поскольку важные мелочи нередко забываются, а то, что в текущий момент важным не кажется, в ходе дальнейшего рассмотрения может оказаться существенным. При фиксировании подробностей очень важно ОПИСЫВАТЬ то, что наблюдатель видит, а не давать этому оценку или пытаться толковать!

А	СОБЫТИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО ДО ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОБЛЕМНОГО ПОВЕДЕНИЯ
Описание	Время 11:50. Работник готовится к обеду, и части клиентов уже помогают пройти в столовую. Юри вместе с пятью другими клиентами сидит в комнате. Громко работает телевизор. Юри его не смотрит и ерзает. Время от времени он затыкает уши пальцами. Малле и Ольга смотрят сериал; Маргус раскачивается на диване; Керсти то сядет, то вскачет, выглянет в коридор, посмотрит в направлении столовой, потом снова усядется — и так много раз. Велло строит из кубиков башню, но башня рушится, и Велло принимается бить кубиками по столу.
В	ПОДРОБНОЕ ОПИСАНИЕ ПРОБЛЕМНОГО ПОВЕДЕНИЯ: ЧТО ОН ДЕЛАЕТ?
Описание	Юри вскакивает и толкает Керсти на пол. Керсти ударяется о стол и начинает кричать. Юри закрывает уши руками.
С	ОПИСАНИЕ РЕАКЦИИ ОКРУЖЕНИЯ. КАК ПРОРЕАГИРОВАЛИ ЛЮДИ ВОКРУГ? ЧТО ПРОИЗОШЛО ДАЛЬШЕ?
Описание	Малле и Ольга продолжают смотреть сериал. Маргус сворачивается клубком и закрывает руками глаза. Велло перестает бить кубиками по столу и убегает в коридор. Прибегает один из работников, помогает Керсти подняться, смотрит, все ли с ней в порядке. Работник спрашивает, что случилось. Керсти говорит, что Юри ее ударил. Работник говорит Юри, что так делать нельзя, что если он так будет делать, его не пустят гулять. После этого работник зовет всех в комнату обедать. Юри проталкивается первым.

Пример ABC-анализа

В чем была цель поведения Юри? Какие факторы влияли на поведение Юри? Каковы были предвестники возможного проявления проблемного поведения? Что послужило толчком к тому, как Юри себя повел? Что следовало сделать иначе в данной ситуации? Как можно было бы ее избежать?

19.6. Методы вмешательства и приемы управления для смягчения проблемного поведения

Основа для управления проблемным поведением — это поведенческая терапия. В ходе поведенческой терапии выявляются нежелательные паттерны поведения и вместо них нарабатываются новые, более подходящие. Бихевиористы установили, что поощрение приводит к более частому повторению поведения, поскольку с ним связываются позитивные последствия (например, похвала). Игнорирование приводит к снижению частоты данного рода поведения, потому что в таком случае возникает ассоциация с отменой ожидаемого вознаграждения (например, не хвалят). Поведенческие нарушения становятся чаще или реже в соответствии с тем, закрепляются ли (премируются) они, или закрепитель удаляется (игнорирование).

До того, как применять методы вмешательства, следует выяснить причины и цели поведения. Если применить неверные методы вмешательства, проблемное поведение может усугубиться, человеку можно даже причинить вред (например, в случае игнорирования просьбы о помощи).

Методы вмешательства в проблемное поведение — это: адаптация окружения, игнорирование негативного поведения, премирование за позитивное поведение и руководство деятельностью клиента от начала до конца с применением техники тайм-аута.

Адаптация окружения

Адаптация окружения означает такую реорганизацию окружающего человека пространства, ситуации и заданий, что они становятся понятными для него. Она включает в себя и вербальное об-

щение, и альтернативные формы коммуникации, и поддержку ориентации (см. гл. «Методы работы с клиентами»). Ключевым словом в данном случае является **ясность**. Если человек не понимает, что в данный момент происходит, и не знает, что будет происходить дальше, его охватывает страх, тревога, он занимает оборонительную позицию. Его страх и тревога проявляются в проблемном для окружающих поведении. Поэтому перед началом нового вида деятельности следует о ней рассказать и при необходимости разъяснить детали.

Среда должна быть адаптирована под особенности человека — стимуляцию либо увеличивают, либо уменьшают. Важным является также физическое положение человека в помещении (например, у человека может вызывать тревогу, если он находится к кому-то спиной). При общении с людьми с низкими когнитивными способностями следует использовать ясные и короткие простые предложения. Следует избегать нечетких и противоречивых указаний, а также следить, чтобы предъявляемые клиенту требования были для него посильны. Агрессия с наибольшей вероятностью проявляется в перенаселенной, шумной, стрессовой атмосфере. Поэтому клиентам необходимо обеспечить приятную, удобную и спокойную среду.

ЗАПОМНИТЕ!

- Распоряжения следует отдавать короткими простыми предложениями и изъясняться четко. Следует избегать многословия.
- Избегайте использования частицы «не» и предикатива «нельзя»! Говорите, что клиент должен делать, а не то, чего он делать не должен. Вместо того, чтобы сказать «Не рви эту книгу!», скажите «Рассматривай книгу аккуратно». Таким образом вы указываете на желательное поведение, а не наоборот.
- Дайте время для выполнения распоряжения, при необходимости поддержите и воодушевите клиента!
- Все работающие с клиентами должны применять одинаковые методы управления (командная работа)

Игнорирование

Это стратегия, при которой игнорируется, скорее, нежелательное поведение, а не сам человек. Реакции, которыми остальные отвечают на проблемное поведение (переключением внимания, посредством объекта или действия), могут способствовать продолжению проблемного поведения так, что мы этого даже и не осознаем. Спланированное игнорирование значит, что на нежелательное поведение не обращается никакого внимания и не выказывается никакой реакции — ни комментариями, ни языком тела, ни мимикой, ни взглядом. Игнорирование следует применять в комплексе с другими стратегиями, такими, например, как премирование, чтобы познакомить человека с иными способами заполучить то, чего он в действительности хочет. Иными словами, чтобы игнорирование работало, всегда следует быть готовыми прореагировать и **поощрить подходящее поведение**, при этом, однако, **не реагируя на недолжное поведение**. При применении метода игнорирования крайне важно проявлять последовательность. Знайте, что если вы начали применять этот метод, то, прежде чем все успокоится, проявления нежелательного поведения могут даже усилиться. Может показаться, что ситуация становится невыносимой, но крайне важно не сдаваться! В таких случаях усугубление проблемного поведения называют «угасающими выбросами». За ним кроется следующий ход мыслей: раньше такое поведение хорошо срабатывало, может, надо приложить больше усилий, чтобы получить такую же, как раньше, реакцию? Последовательность на этой стадии чрезвычайно важна, иначе может оказаться, что человек подумает, что желаемого можно добиться, усугубляя нежелательное поведение, и станет применять такую тактику и в дальнейшем. Спланированное игнорирование можно использовать при очень разных проблемах поведения, однако оно недопустимо, если с ним связан риск, что человек нанесет травмы себе или окружающим!

Премирование

Впервые техника премирования была использована при работе с людьми, страдающими шизофренией. Позже было установлено, что этот метод отлично работает и в случае клиентов с недостатком умственного развития.

Метод премирования, (в русской специальной литературе иногда «Система жетонных поощрений») основан на том, что человек гораздо лучше обучается посредством поощрения, чем посредством наказания. Это универсальная стратегия, которую можно применять при работе с людьми с любым диагнозом (в т. ч. и с «нормальными») в случае их проблемного поведения.

Для начала применения системы премирования необходимо изучить человека и иметь точное представление о его жизни. Затем следует сформулировать поведенческую проблему, которую вы хотите решить, и найти позитивное подкрепление (т. н. усилители), **которые работают в отношении данного человека**. Премия должна соответствовать уровню его развития и быть мотивирующей. Далее следует определить период времени, в течение которого человек в состоянии **реально** демонстрировать беспроблемное поведение. Основой определения такого периода является, как правило, уровень эмоционального развития и уровень когнитивных предпочтений (см. гл. «Способность к деятельности»). Если эти уровни низки, период должен быть коротким, поскольку нет оснований предполагать, что, например, двухлетний ребенок сможет не нашкодить в течение двух часов. Работа с клиентом состоит в том, чтобы на протяжении таких интервалов наблюдать за ним и по четко установленным правилам премировать его жетонами (отсюда англоязычный, но мало распространенный в русской специальной литературе термин «жетонная экономика»). Премировать можно чем угодно, что может служить наградой за хорошее поведение в течение определенного времени.

NB! Людей с низким уровнем развития премировать следует сразу же, чтобы такой человек понял, за что именно его наградили, и смог бы связать премию со своим поведением. При более высоком интеллектуальном и эмоциональном уровне человека можно премировать к концу дня или недели, если он в это время должным образом себя вел.

Премирование — это не подкуп человека чем-то, что ему нравится («Я дам тебе конфетку, если пойдешь в дневной центр»), а «плата» за то, что человек вел себя так, как от него ожидали. Премия должна выдаваться после того, как можно было констатировать хорошее поведение, но не перед этим.

Доведение деятельности до конца

Человек научается определенным паттернам поведения, чтобы избавляться от предъявляемых к нему требований или возлагаемых на него обязанностей. Доведение деятельности (например, умывания или уборки) до конца — это ее осуществление несмотря на то, что клиент может начать кричать или кого-то бить. Идея метода в том, чтобы не оставлять деятельность незавершенной (например, не выпускать клиента из-за стола, если его начинает тошнить), а продолжать ее (а данном случае, если клиент в состоянии принимать пищу). В таком случае у клиента не останется от этой деятельности негативных чувств. Прерывание деятельности дает сигнал о том, что она была плохой, негативной. В таком случае также поступает сигнал, что если вести себя определенным образом, этой деятельности можно избежать или не доводить ее до конца.

Техника тайм-аута

Эта техника подразумевает, что перед тем, как дать позитивное подкрепление, выдерживается пауза, а человек физически выводится из конкретного места и ситуации. Если применять этот метод правильно, у человека появляется возможность, чтобы успокоиться и ограничить внешнюю возбуждающую стимуляцию. Клиенту следует рассказать, для чего делается такая пауза, при необходимости устные объяснения подкрепляются визуальными, например, с помощью пиктограмм, чтобы дать понять, что будет происходить и почему. Очень важно, чтобы место для тайм-аута, было неинтересным, но безопасным (чтобы человек не мог нанести себе травму) и хорошо просматривалось работниками, т. е. чтобы они могли наблюдать за клиентом. Длительность паузы не должна превышать пяти минут, каждый признак того, что клиент успокаивается, следует позитивно подкреплять.

После тайм-аута клиента нужно занять спокойной нейтральной деятельностью и немедленно поощрять за каждое проявление позитивного поведения.

Наказание

Наказание означает неприятную для клиента реакцию, направленную на уменьшение нежелательного поведения. Это может быть окрик, даже удар или иное физическое воздействие. Наказание не является разрешенным методом вмешательства. **Сдерживание и изолирование клиента можно проводить только в предусмотренных законом случаях и в установленном порядке, и такие действия не разрешается использовать в качестве наказания!** В ходе исследований, в рамках которых изучались наказания, установлено, что **эта стратегия не действует**. Наказание не способствует обучению позитивному поведению и неэффективно, потому что не занимается первопричиной проблемного поведения. Наказание может привести к краткосрочному уменьшению нежелательного поведения, но зачастую вскоре проблемное поведение проявляется иным образом, потому что его причина не устранена. Единственное, чему учит наказание, — это то, что агрессия допустима, что может привести к тому, что человек начнет агрессивно реагировать и на наказывающее его лицо. Наказание приводит к тому, что наказуемый чувствует себя плохо, в нем пробуждается злость, что еще более усиливает проблемное поведение. Человек с низким когнитивным уровнем может даже не связать свое поведение с наказанием и не понять, отчего с ним так поступили. Здесь следует напомнить, что любого рода поведение является индикативным, т. е. человек пытается таким образом общаться. Наша задача при работе с клиентами — установить причину проблемного поведения и то, что человек хочет этим сказать. Наказание — это неэффективный метод обращения к позитивному поведению.

Вмешательство

- опишите поведение
- опишите события до и после
- установите когнитивный и социально-эмоциональный уровень клиента, (см. гл. «Развитие человека на жизненном цикле»)
- поставьте реальную цель
- согласуйте вмешательство с коллективом и составьте план действий
- реализуйте план

ЗАПОМНИТЕ!

Ниже приведен перечень факторов, которые способствуют профилактике и устранению проблемного поведения и являются основой регулирования поведения.

Последовательность — один из важнейших принципов, которого следует придерживаться при реализации любых поведенческих стратегий. Без поддержки и вовлечения людей, которые окружают клиента, трудно достигнуть стабильного результата. Если используемый метод оказывается слишком сложным для последовательного применения, если надо пересмотреть и внести в него необходимые изменения.

Обобщение, т. е. применение полученных навыков в новой ситуации, для людей с особыми психическими потребностями может оказаться трудной задачей. Поэтому крайне важно помогать им в этом и поддерживать.

Сокращение стимулирования и поддержки. При любом вмешательстве в поведение наша главная задача — максимальная независимость и достойное качество жизни клиента, его способность справляться со всем самостоятельно. Это означает, что любого рода стимулирование и поддержка, кроме устного одобрения, должны насколько это возможно постепенно уменьшаться, но так, чтобы при этом необходимые изменения в поведении сохранялись.

Понятная среда означает, что, для того чтобы быть понятным клиенту, с ним следует общаться на его уровне. Для этого чрезвычайно важно знать интеллектуальный и эмоциональный уровень человека. Кроме того, среда, в которой человек каждый день пребывает, должна быть по возможности понятной для него и организована безопасным для него образом. Обязательно надо следить за тем, чтобы предъявляемые требования не были слишком высокими, чтобы человек мог им соответствовать.

Четкая структура дня приводит к тому, что привычные повседневные действия создают у клиента чувство защищенности. Строгий распорядок и установленная схема действий — исключительно важные факторы, которые помогают предотвратить значительную часть проявлений проблемного поведения. Если человек знает, что будет дальше, он обретает чувство уверенности и безопасности. Особенно важную роль играет предсказуемость ситуации для людей с недостатком умственного развития и аутистов.

Понятная клиенту деятельность, обеспечение его занятости, т. е. стимулирование. Речь идет о том, что если клиент не понимает или недостаточно понимает, в чем состоит стимул (когда отсутствует организованная деятельность), он начинает сам заполнять свое время и может делать это способами, которые окажутся опасными или неприятными ему или окружающим. **Безделье — одна из самых главных причин проблемного поведения.** NB! При планировании продолжительности деятельности учитывайте возможности и уровень развития человека. Чем ниже когнитивные способности, тем в течение меньшего времени человек в состоянии сохранять концентрацию. Продолжительность сосредоточенной деятельности в значительной мере зависит и от того, **интересно** ли человеку то, чем он занимается, и **справляется** ли он.

Командная работа. Все те, кто работает с клиентами, должны применять одинаковые условленные методы и приемы, чтобы эти методы и приемы были действенными. Если хотя бы один из работников ведет себя иначе, это может повергнуть клиента в замешательство и свести на нет совместные усилия остальных работников. Поэтому при планировании работы с клиентом очень важно присутствие всех членов команды, чтобы проводилось обсуждение каждой ситуации и совместно выстраивался план действий.

Уровень развития клиента. Уровень развития человека в различных сферах не обязательно сбалансирован и соответствует возрасту. Следовательно, **каждую сферу развития надо рассматривать отдельно.**

- **Физическое развитие — хронологический возраст**
В этой сфере проявляется, с одной стороны, соответствие физического развития человека его возрасту, с другой же — его жизненный опыт. Жизненный опыт является важным аспектом, с которым следует считаться, поскольку он определяет, каким опытом обладает человек как субъект руководства, т.е. как с ним обращались. Кроме того, руководитель должен при общении исходить из хронологического возраста клиента (т. е. сколько ему реально лет), а не из его внешности или интеллектуальных способностей. Таким образом, если мы имеем дело с 40-летней женщиной со сложным недостатком развития, которая выглядит, как пятилетняя девочка, к ней следует относиться, как к взрослой. Ее, например, не надо одевать, как дошкольницу, повязывать бантик и отчитывать, как дитя.
- **Когнитивное развитие — интеллектуальный возраст**
Здесь проявляются приобретенные навыки и то, насколько человек осознает окружающее. Уровень когнитивного развития определяет, чему учить клиента, какие навыки отрабатывать. Например, если когнитивное развитие человека остановилось на уровне годовалого ребенка, не имеет смысла учить его есть вилкой и ножом.
- **Эмоциональное развитие — эмоциональный возраст**
Уровень эмоционального развития никогда не бывает выше когнитивного. Наоборот, эмоциональное в большинстве случаев отстает. Именно поэтому нередко случается, что способности человека осознавать ситуации и справляться с ними переоцениваются. При управлении поведением следует исходить из уровня эмоционального развития. Переоценка, т. е. предъявление слишком высоких требований вызывает у клиента большой стресс.

Как правило, изменения наступают медленно. Важно ставить реалистичные цели и проявлять последовательность. Иногда на месте «искорененной» проблемы появляется новая. В некоторых случаях определенное проблемное поведение нужно просто принять, однако тогда необходимо обеспечить, чтобы ущерб, к которому это приведет, был минимальным.

20. НЕДОСТАТОК УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ И СЕКСУАЛЬНОСТЬ

Почему, когда речь идет о недостатке умственного развития, следует заниматься сексуальностью? Этот вопрос работник и родители часто задают специалистам. Не проще ли было бы вообще избегать этой темы и постоянно удерживать подопечных в роли детей? В большинстве случаев ясно, что партнера найти не удастся, не говоря о том, чтобы создать семью. При этом мы видим, что человек с недостатком умственного развития развивается, и одна из сторон этого развития — сексуальная. При недостатке умственного развития не всегда можно утверждать, что сексуальное развитие человека будет идти в обычном русле, однако эти люди в состоянии проходить и неизбежно проходят через определенные фазы. При правильном руководстве прохождение этих фаз идет легче, нам становится проще понять поведение человека.

Люди с недостатком умственного развития — крайне ранимая группа клиентов. Это люди, физическое развитие которых нередко шло без нарушений, однако интеллектуальное развитие, т. е. совершенствование когнитивных способностей на каком-то этапе остановилось. Нередко во взрослом человеке скрывается маленький ребенок, у которого отсутствуют глубокие знания о собственном теле. Обычно люди с недостатком умственного развития не получили образования в сексуальной сфере, скорее, над ними по этому поводу подшучивали, а то и издевались. В соответствии с потребностями в помощи, за ними в течение их жизни много ухаживали, к ним постоянно прикасались разные люди, поэтому им очень сложно отличить дурное прикосновение от хорошего. Статистически установлено, что 60% людей с недостатком умственного развития в течение своей жизни становились жертвами сексуальных злоупотреблений. Всего этого можно избежать, если организовать их сексуальное воспитание.

При организации сексуального воспитания людей с недостатком умственного развития важными действующими лицами и компонентами являются следующие:

- сам клиент, уровень его развития, его желания и потребности
- близкие клиента, их желания и потребности
- работающий с клиентом персонал, их готовность и возможности
- руководство учреждения с их подходом к ситуации и желанием идти навстречу
- окружающая клиента физическая и социальная среда

При сексуальном воспитании все стороны и компоненты одинаково важны, сотрудничество здесь неизбежно, потому что заниматься придется сферой, которая влияет на всю сущность человека и на всю его дальнейшую жизнь. Заниматься сексуальным воспитанием только дома или только в учебном заведении невозможно, невозможно и очертить время, в течение которого это воспитание будет длиться.

Если было принято совместное решение, что человеку с недостатком умственного развития организация сексуального воспитания принесет пользу, следует иметь в виду, что руководством в этом смысле придется заниматься на протяжении всей его жизни!

20.1. Сексуальное развитие

В основе понимания нормального сексуального развития человека лежит понимание его сексуального поведения. Люди с недостатком умственного развития — это взрослые с телом взрослого, но которое они не в состоянии правильно истолковывать. Иногда близкие или работники становятся свидетелями сексуального поведения клиента, которое они трактуют как проблемное. Сек-

суальное развитие можно подразделить на этапы, каждый последующий из которых требует прохождения предыдущего.

Оральная фаза (0–14 месяцев)

В начале периода человек не может отделить себя от других, поэтому в отношениях отсутствуют границы и очень сильна связь с опекуном. Клиент воспринимает мир тактильно, все его тело — большой источник наслаждения, который исследуется посредством движений и прикосновений. Рот — самый главный исследовательский аппарат. Кроме того, некоторые части тела кажутся более приятными, чем другие. Происходит изучение половых органов, особенностей тела, изучаются части тела других людей. Возникает эрекция и возбуждение, однако самоудовлетворение отсутствует. Человеку нравится быть обнаженным. В конце периода начинается обособление себя от других, выясняются возможности собственного воздействия, и это становится основой развития самоидентификации.

Анальная фаза (14–36 месяцев)

Человек осознает, что нижняя часть тела доставляет приятные ощущения — какать приятно. На этот период приходится игры с экскрементами, в отношении которых отсутствует всякое отчуждение. Человек начинает ходить на горшок, что в свою очередь подчеркивает важность ощущений, исходящих от нижней части тела. Развитие эго усиливает проявления упрямства и неуступчивости, желания зачастую неясны, однако строго противоположны желаниям и предложениям других. Решение проблем происходит методом проб и ошибок, действие опережает мышление. Игры и занятия происходят либо в уединении, либо поблизости от других. Доминируют сенсорные игры и занятия, при которых учатся обращаться с различными материалами и приспособлениями (поедание песка, вываливание на себя мусора и т. п.).

Генитальная фаза (3–4 лет)

Начинается развитие сексуальной идентичности с ролевым половым поведением. Мальчики и девочки ведут себя по-разному, в соответствии с гендерной моделью, они знают о своем поле и соотносят себя с папой или мамой. Интерес к гениталиям приводит к открытию мастурбации. Чувство стыда отсутствует, поэтому половые органы ласкают и у всех на виду. Человек гордится своим телом и демонстрирует его окружающим. Обращается внимание на различия между мальчиками и девочками. Становятся известны названия различных частей тела и действий, однако в отношении них начинают применяться нецензурные выражения. Появляется некоторое представление о беременности и родах. Поведение больше не является таким импульсивным и не опирается только на сиюминутные эмоции, человек понимает, что имеет возможность выбора. В то же время удается приспособливать свои действия к окружающей обстановке, роль ритуалов в повседневной деятельности очень высока. Человек действует совместно с другими, у него появляется способность участвовать в ролевых и фантазийных играх.

Фаза интуиции (4–6 лет)

Понимание своей сексуальной идентичности имеется, однако отсутствует понимание того, какое поведение она предполагает. Возникают стереотипные мысли о своей гендерной роли, любопытство в отношении тел других людей не снижается. Возникают первые сильные дружеские связи со сверстниками, появляется первая влюбленность в авторитетного человека. Физический контакт по-прежнему очень важен (объятия, чтобы взяли на ручки), но не на виду. В конце этапа начинает развиваться чувство стыда, поэтому прилюдно больше не обнажаются, не занимаются самоудовлетворением, не ведут разговоры на сексуальные темы. Характерны попытки нащупать границы, в речи много ругани и связанных с сексом слов. Мир трактуется на свой лад, события пока не всегда удается соотнести с их истинными причинами. Человек все больше принимает участие в совместной деятельности. Возникают и сексуальные игры (когда происходит взаимная демонстрация тела), но не открыто.

Поздняя фаза (6–8 лет)

Очень важную роль играет чувство влюбленности, однако оно не связано с физическим контактом. Делаются попытки высказать свои связанные с влюбленностью чувства, попытки целоваться. Становится более ясной разница между дружбой и влюбленностью, продолжают сексуальные игры со сверстниками и исследования всего связанного с сексуальностью. При совместных занятиях предпочтение отдается представителям того же пола. Любопытство в отношении всего, что связано с сексуальностью, велико, это побуждает постоянно следить за сексуальным поведением взрослых, однако при его описании происходит очень быстрое переключение в область фантазий, потому что осознать реальность пока сложно. В центре внимания оказываются неприличные стишки, шутки, картинки и т. п., однако о сексе спрашивают мало. Может сложиться ощущение, что человек знает о сексе очень много, но на самом деле это не так.

Фаза обособления (8–10 лет)

Начинается развитие логического мышления, у человека появляется способность интерпретировать причинно-следственные связи и вследствие этого соотносить физические и эмоциональные ощущения. Присутствуют различные фантазии на тему влюбленности, много фантазий по поводу секса у взрослых. Гендерное поведение выражено сильно: мальчики играют с мальчиками и т. п., из-за чего легко может возникнуть однополая влюбленность. В то же время поведение подчеркнуто гетеросексуально, гомосексуальность — нечто немыслимое. Человек теоретически узнает и представляет, как происходят роды, однако это не связывается со своей сексуальностью, о сексе говорится с чувством безразличия.

Начальная пубертатная фаза (10–12 лет)

Начинается развитие абстрактного мышления, поэтому постоянно делаются попытки взглянуть на себя глазами окружающих. Преобладают чувство неуверенности и замешательства, сомнения в своей нормальности, поскольку сложно принять происходящие с телом изменения. Человек начинает стесняться своего тела, чувств и фантазий. Влюбленность занимает очень важное место, появляются кумиры, усиливается интерес к представителям противоположного пола. Случается первый серьезный поцелуй. Человек не хочет говорить о своей сексуальности, однако интерес к сексу у взрослых велик. В разговорах о сексе по-прежнему преобладают непристойности. Скорость развития на этом этапе у разных детей различна, некоторые еще играют в куклы и машинки, другие уже ходят на свидания.

Сексуальность — это часть развития, и все имеют право на образование в этой области. Дополнительные знания способствуют сексуальному развитию, посредством них формируется здоровое восприятие отношений, собственного тела и связанных с ним ощущений. Это часть воспитания, которая укрепляет чувство уверенности в себе и позитивное восприятие собственной личности.

20.2. Управление сексуальностью людей с недостатком умственного развития

Приемы управления сексуальностью людей с недостатком умственного развития зависят от предельно четко выясненной фазы сексуального развития, но основываются на уровне развития клиента в других областях, прежде всего в социально-эмоциональной.

Цели управления сексуальностью:

- поддержка сексуального развития
- профилактика ненадлежащего сексуального обращения
- уменьшение ложного стыда, развитие умений
- ясность по поводу сексуальности и отношений
- формирование адекватного представления о собственном эго

- уменьшение страхов и табу
- получение знаний о социальных ценностях и нормах
- избежание заболеваний
- повышения гигиенических навыков

При управлении сексуальностью людей с недостатками умственного развития ключевыми понятиями являются *закрепление знаний о собственном теле и уменьшение рисков, связанных с окружением*. Закрепление знаний о собственном теле — это основной метод управления сексуальностью людей с недостатком умственного развития.

Сексуальное воспитание можно реализовывать только в отношении тех клиентов, которые в своем сексуальном развитии миновали как минимум анальную и оральную фазы. Если их уровень развития ниже, они не готовы к такому обучению и не нуждаются в нем. Когда речь идет об управлении сексуальностью, важно знать о возможных препятствиях, причина которых в том, что стороны по-разному трактуют проблему.

Закрепление знаний о собственном теле

Задачами управления сексуальностью может быть формирование восприятия своего тела как целого, осознание тела как сексуального объекта, различение половых признаков, знания о строении, функционировании и названии половых органов.

У людей с недостатком умственного развития нередко нарушено восприятие своего физического «я», образа тела, что препятствует пониманию собственного тела. И сложно воспринимать свое тело как целое. То же относится к клиентам с физическими недостатками. В случае нарушения образа тела человек может вообще не воспринимать или воспринимать в незначительной мере наличие у него определенных частей тела. Нет также четкого понимания о функциях, возможностях и размерах некоторых частей тела.

Для того чтобы определить способности клиента различать половые признаки, выяснить его знания о существовании половых органов и об их функциях, можно воспользоваться рисунком с изображением фигуры человека, к которой надо подобрать соответствующие половые признаки. Для изучения названий, строения и функционирования половых органов также существует большое количество фото- и иллюстративного материала, можно воспользоваться муляжами. Для многих людей с недостатком умственного развития занятия, связанные с образом тела, может оказаться проще всего проводить перед зеркалом. Перед зеркалом можно стоять в одежде и раздевшись. На зеркале можно, например сметаной или специальными красками для рисования пальцами, изобразить контуры своего тела. Перед зеркалом можно также обсуждать более общие вопросы: большой я или маленький, толстый или худой, в каком отношении друг к другу находятся части моего тела. Стоя перед зеркалом в обнаженном виде, клиент подробнее знакомится со своими половыми органами, с их расположением, строением и посредством этого — со своим полом. Выполнения упражнений перед зеркалом способствуют формированию адекватной картины «я». Многие люди с недостатком умственного развития, которые в своем сексуальном развитии достигли начальной пубертатной фазы, могут стесняться своего тела, они постоянно сомневаются в своей нормальности и опасаются или высмеивают все, что связано с происходящими с телом изменениями.

Задача может состоять в понимании связанных со своим телом ощущений и прикосновений, с целью получения различных ощущений.

Развитие знаний о собственном теле — это основа для осознания того, к каким частям тела других людей и как уместно или прилично прикасаться. Нередко люди с недостатком умственного развития не понимают, отчего им разрешается обнимать женщину-работника, но за грудь ее щупать запрещают. Для внесения ясности работники могут обозначить разные участки своего тела разными цветами. Зеленый знак на плече может означать разрешенное для прикосновений место, красный знак на груди — что до нее дотрагиваться нельзя.

Кроме того, людям с недостатком умственного развития бывает сложно различить прикосновения, связанные с гигиеническими нуждами, и стимуляцию половых органов с целью сексуального возбуждения. Здесь людям с недостатком умственного развития следует объяснить, что цели в данных случаях разные. Выявление и опознание соответствующего контекста — основа обучения. Если клиент привык, что в ходе ежедневных гигиенических процедур кто-то прикасается к интимным участкам его тела, важно, чтобы он различал, кто может это делать, а кто нет.

Одинаковые прикосновения могут иметь разный смысл и служить разным целям. Это для людей с недостатком умственного развития зачастую непонятно. Непонятно, например, что целовать можно по-разному и это необязательно является апелляцией к сексуальным чувствам. Для того чтобы научиться различать разные ситуации и разные модели поведения, можно воспользоваться иллюстративным материалом, из которого понятно различие смысла действий в разных ситуациях и с разными целями. Рассматривая и обсуждая с клиентом эти материалы, можно внести ясность в представлявшиеся прежде слишком абстрактными ситуации.

Управление эмоциями — это тоже одна из целей сексуального воспитания.

Поведение, которое обычно считается приятным, не обязательно может нравиться всем людям. Объятия, которые в общем случае считаются позитивными и должны пробуждать в людях лучшие чувства, могут вызывать у некоторых партнеров противоположные эмоции. Человека с недостатком умственного развития важно научить пониманию языка тела людей, их мимики, научить правильно замечать и трактовать эти сигналы. Для этого тоже можно воспользоваться различными рисунками, фотографиями и видеоматериалами.

Выявление и минимизация внешних рисков

Адаптация среды — неотъемлемая часть сексуального воспитания людей с недостатком умственного развития. Кроме того, это единственный способ что-то предпринять, в случае если человек не готов к сексуальному воспитанию, т. е. не прошел в своем сексуальном развитии оральной и анальной фаз. Тогда очень важно адаптировать именно среду, чтобы она способствовала развитию как в своем физическом, так и в социальном проявлении.

При адаптации физической среды ключевым словом является «стимуляция». Человек с тяжким или глубоким недостатком умственного развития нуждается для поддержки положительных сдвигов в стимулирующей среде, в которой наличествуют различные раздражители. Человек может развиваться только в том случае, если ему есть, что смотреть, слушать, трогать или брать в рот. В то же время необходимо следить, чтобы различные раздражители были контролируемы, потому что с обработкой множества сенсорных сигналов клиент может просто не справиться, и это вызовет страх. При выборе материалов, предметов и методов опираются на теорию сенсорной интеграции, т. е. когда речь идет о комплексном подходе к текстурам, формам, цветам, звукам и т. д. Тема среды играет при *выборе методов сексуального воспитания* большую роль, поскольку происходит формирование интереса к своему телу и его исследованию, и человек должен знать, где, когда и в присутствии кого он может раздеваться, рассматривать и ощупывать себя.

Адаптация социальной среды основана на формировании чувства защищенности и того, что происходящее вокруг понятно. Очень важно избегать скуки. Для понимания окружающего и чтобы чувствовать себя защищенным, клиент нуждается в четкой структуре дня и однозначном руководстве. Этому помогает составление распорядка дня клиента, в котором его день разделен на четкие периоды (см. гл. «Методы работы с клиентами / Техники ориентации на реальность»). В распорядок дня можно включить и такие моменты, в которые клиент может заниматься исследованием своего тела, пробовать, какие сигналы в ответ на какие воздействия подают его разные части. Если человек 24 часа в сутки носит подгузники, имеет смысл позволить ему в течение получаса побыть без них и позаниматься собой. Ощупывание себя и игру различными частями тела не следует трактовать как перверсию и нечто непристойное, потому что подобное поведение естественно для человека на данном этапе развития. Чувству защищенности и понятности окружения способствуют в числе прочего и применяемые персоналом общие приемы работы и ухода, чего можно достичь, только если работники договорятся о них между собой. При формировании социальной среды для сексуального воспитания крайне важно, чтобы все сотрудники были в курсе происходящего

и имели договоренности в отношении реагирования на связанное с сексуальностью поведение клиента. Работники, которые чувствуют, что не готовы заниматься сексуальностью клиента, должны знать, что отвечать на его связанные с этой темой вопросы, чтобы не оставалось неясностей и недосказанностей. Договориться следует и о том, кто конкретно будет сообщать новые сведения. Остальным достается роль информационной поддержки и поддержки в целом.

Препятствия в организации сексуального воспитания

В ходе деятельности по сексуальному воспитанию людей с недостатком умственного развития работники нередко сталкиваются с препятствиями, которые снижают или полностью подавляют их энтузиазм. Прежде всего это связано с особенностями целевой группы. Нередко у клиентов вырабатывается привычка, что в процессе процедур по уходу прикасаются к различным частям их тела. Очень сложно научить человека различать прикосновения, которые имеют разную цель, если он привык к частым прикосновениям к интимным частям тела. Иногда терпение работника заканчивается прежде, чем он может заметить плоды своих трудов.

Данной целевой группе также очень сложно объяснить понятие приватности. В основном оно так и остается для клиентов неясным, поскольку в основе его лежит чувство стыда, которое у них еще не сформировалось. Поэтому работники могут создавать и поддерживать для клиентов приватные условия, но клиенты не умеют применять полученные знания и навыки в повседневной жизни и не в состоянии их оценить. Это вызывает у работников чувство фрустрации, заставляет их сомневаться в целесообразности своего вклада.

В учреждениях социального обеспечения и отделениях значительная часть обучаемых клиентов живет группами, в которых всегда есть лидер, т. е. доминирующий клиент. Этого человека боятся, с его поведением мирятся. Большинство клиентов не умеет постоять за себя, поскольку их всегда воспринимали как детей. Персонал знает о лидере, но настолько привыкает к положению вещей, что не замечает проблемы. Обычно доминирующим становится клиент, который помогает работникам и при необходимости заботится о других клиентах. При организации сексуального воспитания такую ситуацию следует сразу же пресечь, однако работники часто не решаются на столь значительное вмешательство и боятся перемен. Спокойнее и привычнее продолжать все так, как было всегда.

Клиенты с недостатком умственного развития могут спонтанно подойти к работнику и начать ему жаловаться на свои проблемы или задавать связанные с сексуальностью вопросы. Обычно им велют замолчать, потому что работникам всегда некогда, и выслушивать проблемы и вопросы никто не может и не хочет. Если же клиента и выслушивают, то все быстро обращают в шутку или насмеются. Поэтому весьма обычной является ситуация, когда в учреждениях остаются без внимания и случаи ненадлежащего обращения, и вопросы клиентов о сексуальности.

Одним из препятствий в организации сексуального воспитания может оказаться низкая способность к деятельности человека с недостатком умственного развития, которая проистекает не из его недуга, а из жизненного опыта. Многих таких клиентов приучили быть беспомощными, они привыкли, что за них всё делают, и это кажется им нормальным. Заниматься сексуальным воспитанием представителей такой целевой группы крайне сложно. Нередко инициатива и мотивация сделать что-либо самостоятельно крайне низки или отсутствуют.

Последним препятствием может стать проблема, причины которой в низком интеллектуальном уровне людей с недостатком умственного развития. Несмотря на разнообразно подобранный методический материал и применение различных методов обучения, работнику приходится констатировать, что все, что клиенты читают, слышат или видят, они никак не в состоянии соотнести со своим телом. За визуальными обучающими материалами следят внимательно и с интересом, в процессе обучения стараются отвечать на наводящие вопросы, однако позднее, при проверке знаний и умений, часто можно прийти к заключению, что вся информация куда-то улетучилась либо стала общей и размытой.

20.3. Специфические аспекты сексуальности людей с недостатком умственного развития

Аутизм и сексуальность

Аутисты воспринимают реальность иначе, чем обычные люди. Они выстраивают связи, исходя из конкретики и т. н. железной логики, поэтому, прежде чем планировать сексуальное воспитание, следует произвести всестороннюю оценку клиента, иначе обучение может пойти во вред. В ходе оценки необходимо получить обзор всех проблем, которые оказывают воздействие на повседневную жизнь аутиста.

У аутистов серьезные проблемы с тем, чтобы справляться со стимуляцией. Они испытывают те же воздействия, что и обычные люди, однако их центральная нервная система трактует поступающую информацию иначе, кроме того, эта информация иногда пропадает. Например, у клиента может внезапно пропасть навык одевания и знания, связанные с этим процессом. Это свойственно всем аутистам, и недостаток умственного развития не имеет здесь никакого значения. Работникам и близким это трудно понять, потому что обычно это случается с привычной повседневной деятельностью. Поэтому при работе с аутистами становится крайне важной *визуализация*, которая дает клиенту возможность наблюдать за последовательностью различных действий и их копировать.

Аутисты воспринимают реальность иначе, чем обычные люди, они соотносят с опытом неверную информацию и наоборот. Они не в состоянии трактовать социальные отношения, потому что не понимают, отчего люди делают что-то так, а не иначе. Они абсолютно не в состоянии поставить себя на место других. Поэтому может оказаться, что аутисту понравится делать другим больно. Причина этого не в жестокости и не в желании заставить другого страдать, а просто желание увидеть слезы, потому что ему нравятся слезы. Вследствие этого организация любого обучения аутистов, связанного с общением и взаимоотношениями, довольно сложна.

У аутистов отсутствует чувство стыда, они могут прилюдно мастурбировать. В случае такого поведения необходимо выяснить, идет ли речь о сексуальном или компульсивном (навязчивом) поведении. Далее следует переговорить с родными, близкими и работниками и договориться, как и куда направлять клиента. При планировании обучения и руководства, чтобы не создавать новых проблем, надо учитывать все возможные аспекты жизни клиента. Например, если принято совместное решение, что клиент может мастурбировать только в ванной, и туда его для этого и выводят, в случае формирования привычки клиент может сразу же приниматься мастурбировать, оказавшись в любой ванной комнате или похожем помещении (в бассейне, в гостях). Образуется ассоциация между ванной и актом самоудовлетворения.

Работе с аутистами мешают ритуалы, которые они себя создают, чтобы сделать свою жизнь более предсказуемой. Ритуалы аутистам необходимы, компульсивность входит в их паттерн поведения, от нее невозможно отучить или заставить от нее отвыкнуть. Если принято решение направлять аутиста в сторону отказа от какого-либо компульсивного поведения, он сразу же заменяет его новым, потому что это создает чувство защищенности. Очень сложно отличить сексуальное поведение от компульсивного, потому что близкие и работники, анализируя ситуацию, не могут мыслить так же конкретно, как аутист. Например, аутист может, идя по улице, пытаться погладить всех встречающихся блондинок. Всем кажется, что это сексуальное поведение, но если разобраться, то оказывается, что женщины здесь не играют никакой роли, аутисту просто нравятся светлые волосы, и из поглаживаний светловолосых голов у него сформировалось навязчивое, компульсивное поведение. В данном случае, если речь идет об обучении и руководстве, ситуация не имеет ничего общего с сексуальным поведением, и аутисту просто дают русую косу, которую приучают гладить, причем только в своей комнате.

Аутисты не выносят изменений в окружении, потому что новый визуальный ряд не совпадает с тем, как нервная система его трактует. Любое изменение окружения всегда наносит ущерб чувству безопасности. С годами аутисты приучаются доверять своему телу, однако в пубертатном возрасте тело начинает меняться, активизируются гормоны. Будучи в курсе свойственного аутистам поведения, можно предположить, какая последует реакция.

Поскольку аутисты устанавливают однозначные связи, при организации сексуального воспитания нужно проявлять крайнюю осторожность, потому что результат удастся предвидеть не всегда. Например, аутист мастурбирует в постели, из-за чего одеяло и простыни становятся мокрыми. Мать просит его быть в следующий раз аккуратнее, чтобы белая жидкость на постель не попадала. Через какое-то время из спальни аутиста начинают раздаваться вскрикивания. Войдя в комнату, мать видит, что аутист перевязал свой пенис веревкой, потому что хотел сделать так, как мама просила.

В случае с аутистами об организации сексуального воспитания имеет смысл говорить лишь тогда, когда у них имеет место *проблемное сексуальное поведение*, однако со всеми аутистами обязательно надо быть готовыми к переменам, связанным с переходным возрастом. Лучше всего для этого подойдут занятия, в ходе которых происходит знакомство со своим телом и с тем, что с ним будет происходить. Занятия могут включать в себя иллюстративный материал.

Если у аутиста отмечается проблемное поведение, которое можно трактовать как сексуальное, прежде всего следует выяснить:

- Является ли это поведение на самом деле сексуальным, или оно компульсивное?
- В какой фазе эмоционального развития находится клиент (см. гл. «Управление проблемным поведением»)?
- С какой формой аутизма мы имеем дело (см. гл. «Нарушение умственного развития. Аутизм»)?
- Какое ощущение является у клиента доминирующим (см. гл. «Нарушение умственного развития. Аутизм»)?
- На каком этапе сексуального развития находится клиент?

Если выяснится, что поведение аутиста является все же сексуальным, следует определить, какому этапу сексуального развития оно могло бы соответствовать. Аутисту очень трудно проходить эти этапы, поскольку в большинстве случаев аутизму сопутствует и нарушение умственного развития. Обычно при аутизме достигаются лишь первые этапы, что не позволяет справляться с задачами, относящимися к следующим этапам. Сама по себе задача может и не быть непосильной, но проблемой становится комплекс обстоятельств: аутисты не понимают значения вещей, у них отсутствует воображение, осознание дополнительных смыслов и собственных сил является недостаточным, нарушено восприятие социальных связей.

На сексуальность аутиста оказывают влияние его искаженное видение собственного тела и окружающего мира, то, что сигналы от органов чувств воспринимаются и истолковываются необычно, что наблюдаются постоянные проблемы в обучении, с запоминанием каких-то вещей и применением полученного опыта, и, наконец, проблемы, связанные с эмоциональностью и поведением. Всё это при проявлении сексуального поведения может привести к тому, что это проявление окажется проблемным. В частности, в виде

- чрезмерной мастурбации
- мастурбации предметами
- прикосновения к другим людям, попыток их облизать, поцеловать
- постоянных и открытых разговоров о сексе
- неверного толкования чувств
- неумения завязывать, поддерживать и прекращать отношения
- опасности стать жертвой ненадлежащего обращения

При организации *сексуального воспитания* аутистов большую роль играет *правильное его координирование*. Нужно постоянно следить за тем, чему и когда именно обучается клиент. В ходе обучения важно документировать его поведение, чтобы в случае появления изменений сразу же вмешаться. Кроме того, важно, чтобы *руководство было персональным*, потому что проводить груп-

повые занятия по сексуальному воспитанию аутистов невозможно. Это воспитание должно быть в рассматриваемом случае иерархичным, когда начало каждого следующего его этапа предполагает прохождение предыдущего.

Этапы сексуального воспитания аутистов:

1. Привитие навыков различения между собой и другими, между приватным и публичным
2. Привитие навыков личной гигиены
3. Знакомство с частями тела
4. Обучение мастурбации
-
5. Четкое, однозначное сексуальное обучение
6. Управление эмоциональностью
7. Обучение завязыванию отношений с людьми

Для большинства аутистов обучение заканчивается на обучении мастурбации, потому что, судя по их социально-эмоциональному развитию, другие люди для них не важны, не говоря о создании пары. Три последних этапа удастся пройти лишь немногим аутистам, у которых нет недостатка умственного развития либо оно несущественно.

Руководство аутистами всегда очень сложный процесс для близких и работников, а руководство сексуальностью — особенно, потому что в этом случае затрагиваются личные переживания. Эмоции, которые неизбежно приходится испытывать при работе с аутистом, это, с одной стороны, постоянное чувство стыда за его поведение, с другой же — страх, что его могут каким-либо образом использовать по причине его беспомощности. Кроме того, крайне трудно смириться с фактом, что эмоции подопечного, которые указывали бы на тесные, близкие отношения, полностью отсутствуют или нарушены.

Недостаток умственного развития и гомосексуальность

У людей с недостатком умственного развития те же страсти и те же желания, что и у людей с нормальным интеллектом. Обычно обращают внимание на имеющиеся у человека дефекты, а сексуальность остается в стороне. В целом «нормальной» считается гетеросексуальность. В случае гомосексуальности большую роль начинают играть ценности и нормы работников и родных. Большое значение имеет также точка зрения учреждения, его культура и устои. Гомосексуалист с недостатком умственного развития является дважды меньшинством. С одной стороны, недостаток умственного развития мешает ему осознать свою гомосексуальность, с другой же — решение о том, какой должна быть жизнь человека, что ему подходит, чему его следует учить, принимают родные/работники.

Лицо (родственник, работник), которое руководит гомосексуалистом с недостатком умственного развития, играет большую роль во всем процессе изменений, потому что только в его власти разрушить табу. О гомосексуальности следует говорить как о нормальном явлении. Для начала можно создать безопасную среду, в которой клиент вообще осмелился бы говорить о своих чувствах. Гомосексуальный человек с недостатком умственного развития должен пройти через тот же процесс, через который проходят геи с нормальным интеллектом, причем методика обучения остается той же, что и при сексуальном воспитании людей с недостатком умственного развития, и быть основана на этапах сексуального и социально-эмоционального развития. Различия проявляются в технике обучения, поэтому сексуальность гомосексуалов с недостатком умственного развития и ее техническую сторону должен направлять только гомосексуал.

Зачастую семья не может смириться уже с фактом, что у близкого им человека недостаток умственного развития, тем более им трудно осознать, что этот их близкий — гомосексуалист. Кроме того, люди с недостатком умственного развития сами стремятся «быть нормальными». А «быть нормаль-

ным» означает иметь отношения с противоположным полом. Поэтому многие гомосексуалисты с недостатком умственного развития начинают жить двойной жизнью, при которой «для всех» у них есть друг или подруга, а втайне создаются ситуации, при которых они стараются уединиться с представителями своего пола. Признанию гомосексуальности может мешать свойственное учреждению косное или религиозное представление об отношении полов.

В учреждениях опеки приходится сталкиваться с множеством гомосексуальных отношений, которые не связаны с настоящей сексуальной ориентацией человека. Каждый человек нуждается в близости, но, проживая в отделении или заведении, предназначенном только для представителей одного пола, при образовании пар приходится исходить из имеющихся возможностей. Задачей работника является выяснить, кроется ли причина в окружении, в серьезных поисках себя или просто в фазе сексуального развития. В сексуальном развитии человека есть фаза (фаза обособления), когда влюбленность в представителя своего пола вполне нормальна, и человек с недостатком умственного развития может в этой фазе застрять.

Причины гомосексуального поведения

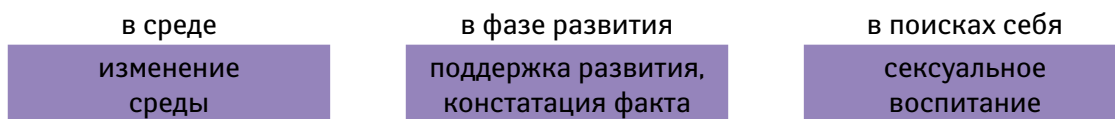


Рисунок 34. Причины гомосексуального поведения и возможности управления

Установление причин гомосексуального поведения лежит в основе планирования руководства. Кроме того, в случае с каждой гомосексуальной парой нужно в первую очередь убедиться, являются ли отношения равными, когда обе стороны спокойны и понимают, что происходит, и что это значит.

Проблемное сексуальное поведение

При проявлении проблемного поведения обычно не рассматривают сексуальность человека, хотя обсуждают, как на поведение влиять и как его изменить. Общим желанием является устранить такое поведение как можно быстрее, поэтому быстро договариваются о правилах и приемах работы и начинают претворять план в жизнь. Обычно находят варианты, которые дают временное облегчение — дополнительная доза успокаивающих, ограничение свободы, фиксация. Нередко забывают, что любое поведение, в т. ч. проблемное есть форма коммуникации. Одной из причин проблемного поведения человека может быть его сексуальность. Человек с недостатком умственного развития ведет себя проблемно не для того, чтобы издеваться над другими, он просто не умеет по-другому выражать свои желания и потребности.

В случае проблемного сексуального поведения, человек, работающий с клиентом, хочет это поведение *понять, предотвратить его и контролировать*. Для того чтобы понять поведение, работник должен научиться понимать коммуникацию, т. е. причины и цели поведения. *Следует тщательно проанализировать ситуацию, среду и сексуальность*. Секс и оргазм помогают сбросить накопившуюся энергию и расслабиться. Что делать, если прикосновения к своему пенису доставляют удовольствие, но отсутствует навык того, что делать дальше и как достичь удовлетворения? У человека с недостатком умственного развития это вызывает крайнюю степень фрустрации, он не в состоянии самостоятельно высвободить энергию, и она накапливается. В результате человек может начать бить свой пенис, биться головой о стену или ломать мебель. Естественно, работники на это реагируют, потому что хотят пресечь саморазрушающее поведение, однако они и не догадываются, что его истинной причиной стало неумение онанировать.

Даже подростку с нормальным интеллектом очень трудно справиться с происходящими с его телом изменениями и самоидентификацией, что же в этом случае приходится испытывать человеку

с недостатком умственного развития, мы себе даже и не представляем. Здесь можно дать четыре совета, которые могут помочь лучше понять человека с недостатком умственного развития.

1. Попробуйте поставить себя на место клиента.
2. Детально рассмотрите сложившуюся ситуацию.
3. Документируйте все, что видите. Любые мелочи и кажущиеся незначительными происшествия могут оказаться важными.
4. Выясните уровень эмоционального развития клиента и этап социального развития, на котором он остановился.

Придерживаясь этих советов при анализе поведения человека с недостатком умственного развития, следует задать себе следующие вопросы:

1. Наблюдаются ли в поведении клиента признаки, которые указывают на сексуальность?
2. Если имеются, на что они направлены и как проявляются?
3. Как окружающие реагируют на поведение клиента, каково отношение других клиентов и работников?

Сексуальное поведение всегда обусловлено сексуальным раздражением, реакция на которое формируется с учетом четырех аспектов. Это интеллект человека, его эмоциональный уровень, стремление придерживаться общепризнанных норм и ценностей, а также физическое возбуждение. Взаимодействие этих четырех аспектов при формировании сексуального поведения человека может быть показано следующим образом:

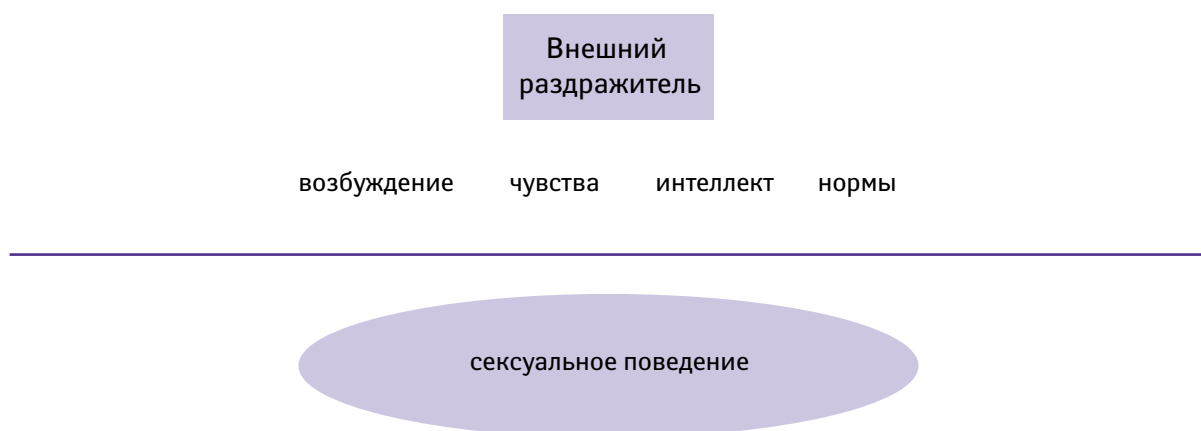


Рисунок 35. Формирование сексуального поведения

У человека с недостатком умственного развития первые три аспекта обычно нарушены. Если интеллект, т. е. когнитивные способности можно поддерживать и чему-то в рамках имеющегося понимания человека научить, эмоциональностью можно управлять, а нормы привить, то *физическое возбуждение* имеет в своей основе инстинкт, и изменить его нельзя. Нередко у человека с недостатком умственного развития физическое возбуждение оказывается сильнее всех остальных аспектов, поскольку сексуальных раздражителей слишком много. В таком случае единственными вариантами вмешательства остаются адаптация среды или, если таким образом раздражающие факторы ликвидировать, сократить или взять под контроль не удастся, — медикаментозное лечение.

Ненадлежащее сексуальное обращение

Сексуальное притеснение может выражаться в следующих действиях:

- вовлечение или попытки вовлечения в действия сексуального характера

- пугающие предложения или создание впечатления о последующем сексуальном контакте
- все действия, инициируемые домогающимся с целью получить сексуальное удовлетворение

Сексуальное притеснение — это оказание физического или эмоционального давления или проявление насилия. Может оказаться, что субъект и объект друг друга не понимают, или действия субъекта не соответствуют возрастному уровню знаний объекта, однако сексуальное притеснение всегда оказывает влияние на жизнь, оно нарушает нормальное развитие человека. Такого рода опыт остается с человеком на всю жизнь, его переживают снова и снова, он лишает человека чувства свободы. При обнаружении факта сексуального притеснения его необходимо немедленно остановить, потому что из каждой жертвы в дальнейшем может получиться агрессор. В то же время, при сексуальном домогательстве речь никогда не идет об одиночном случае, в такого рода инциденты обычно вовлечено множество сторон. Сексуальное притеснение один человек (работник) пресечь не в состоянии, этим должна заниматься целая команда, и сотрудничество с полицией необходимо уже на самой ранней стадии.

Что делать в случае поступления сигнала о сексуальном домогательстве?

Здесь работнику поможет наличие четко выработанного в учреждении протокола (предписания), которого следует придерживаться. В Эстонии обычно таких предписаний не бывает, поэтому работник должен опираться на свою интуицию и принципы профессиональной этики. Однако пригодятся и следующие рекомендации:

- информируйте руководство в случае возникновения малейших такого рода подозрений
- не оставляйте ни одного работника наедине с его подозрениями
- никогда не обещайте жертве, что этот разговор останется между вами
- контролируйте проявления своих чувств, потому что они сказываются на потерпевшем
- убедите жертву в том, что рассказать о факте домогательства было правильным поступком
- как можно быстрее проинформируйте родных и близких
- сделайте так, чтобы жертве не пришлось многократно рассказывать свою историю
- несмотря на то, что в рассказе постоянно будут появляться новые детали, верьте тому, что жертва вам говорит
- переговорите со всеми сторонами и обсудите все возможности

Признаки, указывающее на ненадлежащее обращение

Ненадлежащее обращение можно распознать по наличию соответствующих проявлений или признаков. *Проявление* есть доказательный материал, оно может быть физическим, психическим, вербальным или поведенческим признаком, указывающим на ненадлежащее сексуальное обращение.

Проявления в среде:

- закрытые семьи/отделения/учреждения, о жизни которых мало что известно
- доминирующее лицо в семье/отделении, которое все контролирует
- у жертвы много обязанностей, в том числе и по отношению к субъекту домогательства
- жертва идеализирует субъекта домогательства, потому что является «его особенной любовью»
- странные ритуалы, связанные с ванной и отходом ко сну
- субъект домогательства создает ситуации для домогательств

Физические проявления:

- боль, кровь, выделения из гениталий
- венерические заболевания; беременность; следы спермы
- странные объекты в вагине
- повреждения в области гениталий или рта

Вербальные и невербальные проявления:

- клиент спонтанно рассказывает о случившемся
- клиент пишет о случившемся
- клиент рисует о случившемся
- клиент играет в случившееся

Психологические и поведенческие проявления:

- депрессивность, грусть
- стремление избегать окружающих
- негативное представление о собственном «я»
- внезапная стыдливость
- стремление избегать определенных мест
- стремление избегать определенных людей
- заторможенность движений
- клиент проявляет подозрительность, никому больше не доверяет
- клиент больше не выражает своих чувств
- у клиента неожиданно странный внешний вид (одежда надета задом наперед, подгузник сдвинут)
- клиент рвет одежду

Одно проявление еще не является доказательным материалом, у каждого клиента проявления могут быть разными. Иногда ненадлежащее сексуальное обращение может и вовсе не иметь проявлений.

Работа с жертвой

При обнаружении проявлений, указывающих на ненадлежащее обращение, первая реакция со стороны окружающих обычно бывает эмоциональной, но этого жертве как раз не нужно. Для жертвы гораздо важнее чувство защищенности и сохранности структуры. Жизнь человека с недостатком умственного развития и так запутана, он не понимает эмоций работников, однако нуждается в поддержке и ожидает, что общение с работником останется настолько нормальным, насколько это возможно. Пусть клиент расскажет свою историю. Его нельзя ни о чем переспрашивать, ничего у него уточнять — это может в дальнейшем помешать работе полиции. Неправильные вопросы могут причинить большой ущерб и помешать получению истинной информации. Поэтому лучше, если клиента будет расспрашивать посторонний для него человек. Все, кому надлежит быть в курсе ситуации, должны быть проинформированы, включая составителей плана действий. После случая ненадлежащего обращения для клиента обязательно должен быть составлен новый план действий, по договоренности уточненный.

Жизнь клиента должна продолжаться насколько это возможно нормально, самое главное для него — структура и ясность, поэтому нельзя разрушать его повседневный распорядок, отменять каки-

е-то занятия и т. п. Следует установить место, в котором произошел акт ненадлежащего обращения, и снова сделать связанную с ним среду как можно более безопасной для клиента. Кроме того, жертва не должна больше встречаться с насильником, что при условиях социального обеспечения в Эстонии довольно трудно организовать. Работник, который руководит клиентом, должен в ходе своей деятельности учитывать, что жертва после акта ненадлежащего обращения всегда напугана.

- Нельзя неожиданно прикасаться к клиенту
- Нельзя приближаться к нему из-за спины
- Самый сложный момент — это отход ко сну. Спросите у клиента, как вы можете ему помочь (оставить свет, присесть на край кровати, дать любимую игрушку и т. д.)
- Скажите ночным дежурным, чтобы они не входили к клиенту без стука
- Во время ухода за клиентом говорите ему о своих следующих действиях
- Спрашивайте у клиента, можно ли к нему прикоснуться
- Работники не должны говорить о клиенте между собой, если клиент это слышит или видит
- Не рассказывайте о клиенте тем, кому не следует
- Клиент имеет право решать, кто должен знать о факте домогательства
- Не мучайте клиента лишними расспросами, не требуйте его повторить свой рассказ

Работа с субъектом домогательства

Субъектом домогательства считается человек,

- которого застали с поличным
- которого обвиняют
- которого подозревают

Всякий субъект домогательства — тоже жертва (если речь идет о человеке с недостатком умственного развития), он просто не умеет поступать по-другому. Он не может поставить себя на место другого человека и не понимает, что в отношении него совершает.

Самая первая задача работника — выяснить, что случилось. Возможно, кто-то из клиентов просто экспериментировал со своей сексуальностью. Важную роль при добывании информации играет диагностическое интервью. Обязательно следует проинформировать полицию, возможно, там тоже захотят опросить стороны. Субъекта домогательства следует оценить на предмет развития самосознания. Если уровень самосознания низок, клиент нуждается в постоянном надзоре и руководстве на протяжении всей его жизни.

После того как сложилось представление о картине происшедшего, надо действовать следующим образом:

1. Составить новый план, на основании которого работать с клиентом дальше
2. Дать указания субъекту домогательства, не обвиняя и не осуждая его
3. Разделять то, что человек в данном случае совершил, и самого человека
4. Никого не обвинять до тех пор, пока вина не будет доказана

Задача работника — направлять поведение субъекта домогательства. И этот субъект нуждается в изучении своего тела, получении знаний о нем. Он должен научиться отличать хорошее от дурного. Осуществление руководства возможно в том случае, если субъект домогательства в своем эмоциональном развитии достиг хотя бы фазы индивидуализации. Он должен быть в состоянии связывать ситуации и испытывать сочувствие. У людей с недостатком умственного развития эти

свойства развиты слабо, поэтому они, как правило, не могут исправить свое поведение, и задачей персонала остается постоянно за ними следить в течение всей их жизни.

Причины, по которым человек с недостатком умственного развития становится субъектом домогательства:

- неумение оставить себя на место другого
- слаборазвитое самосознание
- неумение контролировать порывы
- отсутствие педагогического и эмоционального внимания
- негативное представление о собственном «я»
- зависимость от других людей, когда человек не принимает самостоятельных решений

Понять и направлять людей с недостатком умственного развития, которые являются субъектами сексуальных домогательств, проще в том случае, если иметь представление об их *типах*.

- **Наивный.** Человек не понимает, что он совершил. Такое он видел по телевизору и захотел попробовать. Мотив — любопытство.
- **Несоциальный.** Его дразнили в детстве, у него низкая самооценка, он не завязывает отношений со сверстниками, уверенно чувствует себя при общении с младшими. В сексуальном поведении агрессивности не прослеживается.
- **«Социальный».** Наиболее распространенный тип среди лиц с недостатком умственного развития. Сам бывал в роли жертвы. Эмоционально оставлен без внимания. С точки зрения социализации ведет себя очень хорошо, приятен в общении, ухожен, постоянно помогает персоналу.
- **Сексуально агрессивный.** Обычно люди с недостатком умственного развития менее агрессивны, чем люди с нормальным интеллектом. К данному типу могут принадлежать лица с легким недостатком умственного развития, у которых, однако, должно проявляться агрессивное поведение иного характера, а также такие, которые в течение долгого времени оставались без внимания.
- **С особыми сексуальными наклонностями.** Их среди людей с недостатком умственного развития очень мало, потому что для такого рода наклонностей требуется высокий уровень интеллекта.
- **Импульсивный.** Низкий интеллект, действия направляются инстинктами.

Разумеется, не существует такой совершенной среды, в которой можно было бы избежать любого ненадлежащего обращения, однако многие из подобного рода случаев не имели бы места, если бы среда была хоть немного адаптирована: клиенты одного уровня развития проживали бы вместе, было бы обеспечено наблюдение, о сексуальных потребностях и проявлениях было бы известно, на них бы реагировали и искали бы им решение.

21. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАБОТЕ РУКОВОДИТЕЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Целью **терапевтического воздействия** является улучшить состояние клиента или поддержать его. Любое воздействие может быть терапевтическим, если известно, на что оно оказывает влияние, и как это влияние целенаправленно осуществлять. Важно видеть разницу между терапевтическим воздействием и терапией. Терапевтическое воздействие дает некоторый терапевтический эффект, но это не терапия, которая оказывает конкретное воздействие. Различные терапевтические элементы и методы можно использоваться в разного рода терапевтической деятельности. Терапия — это процесс, при котором клиент и терапевт совместно работают для достижения заранее условленной цели. Терапевтическое воздействие тоже имеет цель, однако в этом случае отсутствует традиционная связь между клиентом и работником.

В своей работе руководитель деятельности в значительной мере опирается на философию активной (директивной) терапии, при которой человек рассматривается как лицо, которому свойственна активность, коллективизм, поиски впечатлений и потребность в деятельности. Целью активной терапии является развитие способности человека к действию (не дееспособности), если она по причине болезни, возраста, травмы или недостатка здоровья снизилась. Цель терапевтических воздействий — поддержка способности человека к действию.

В рамках активной терапии рассматривается деятельность в трех основных ситуациях — в **игре**, в **повседневной жизни** и в **работе**.

- *Игра* — самое раннее активное поведение, которое продолжается всю жизнь. Игра включает в себя спорт, самостоятельные игры, фантазию и творчество, развлечения.
- *Повседневная деятельность* — это действия, которые характеризуют основополагающий стиль жизни человека. Сюда входят личная гигиена, уборка, финансовое планирование, оценка ресурсов (в т. ч. и денежных), путешествия, покупки и т. д.
- *Работа* охватывает более широкий спектр действий, включая в себя наемный и добровольный труд и хобби, если оно стало работой. Работой можно считать и учебу.

В настоящей главе мы из перечисленного сосредоточимся на таком роде деятельности, как игра, и рассмотрим возможности, предоставляемые ею для терапевтических воздействий.

Игра и творчество. Игра есть отработка необходимых в жизни действий, набор моделей поведения, элементы которых комбинируются до известной степени произвольно. Мотив игры кроется в самом действии: в получении информации, в общении, в радости деятельности, в самореализации, в возможности проявить инициативу, использовать имеющиеся знания и умения. Игры тесно связаны с окружающей жизнью и реальностью, они отражают жизнь играющих. Возникающие в ходе игры эмоции срывают с играющего налет воспитания, обнажая его истинную суть. Большая часть игр требует комплексных действий и творчества.

- Творчество — это способность находить новые связи, генерировать необычные идеи, отклоняться от традиционных моделей мышления. Творчество есть процесс поиска решения, в ходе которого создается нечто оригинальное — новый способ применения известного ранее метода или материала, новый материальный предмет, необычная идея или подход к проблеме. В процессе творческой деятельности человек испытывает удовольствие от нее самой, от реализации своих возможностей, а не только от связанного с такой деятельностью вознаграждения. В современных исследованиях творчества самым главным считается акцентированность на результат: творческое — значит новое, подходящее, полезное, корректное, поддающееся оценке решение определенного задания. Творческая направленность и спонтанность имеются у человека с рождения, но их можно в значительной степени развивать и отрабатывать.
- Творческий процесс является целительным для души и психики человека. Любая творческая деятельность есть обучение общению, оттачивание чувств, самосознания, а также способности

управлять своими порывами. Спонтанность и состояние возбужденности связаны между собой: чем сильнее возбуждение, тем менее человек спонтанен и наоборот. Развивая творческое начало, можно научить лучше справляться с возбуждением.

- Существует много ориентированных на творчество терапевтических методов. Их общая цель — проработка негативных эмоций, достижение изменений в поведении и мыслительном процессе через самовыражение. В число таких методов входят музыкальная терапия, арт-терапия, библиотерапия, драматическая терапия, танцевальная терапия и т.п. В терапевтической деятельности можно применять элементы любой из них.

21.1. Музыкальная терапия и ее элементы в терапевтической деятельности

Музыка — это доречевой язык, древнейший язык живой природы. Формирование звуков, их восприятие, трактовка и осуществляемое таким образом самовыражение — извечный способ естественной коммуникации. Звуки разного характера и частоты влияют на живые создания очень по-разному: успокаивающе, предупреждая, пугающе, возбуждающе или чаруя. Музыка играла большую роль во всех культурах с самого их возникновения, одновременно являясь носителем культурной идентичности. Древнегреческий философ Платон говорил: «Музыка — это моральный закон. Она дарует душу вселенной, крылья разуму, полет воображению, очарование грусти, радость и жизнь всему вокруг». Согласно современным представлениям, музыка — один из видов изящных искусств, материалом которому могут служить музыкальные звуки, шумы и различные естественные или искусственные акустические колебания.

Музыка состоит из многих компонентов, которые воздействуют на слушателя вместе и по отдельности, физически, социально и духовно.

- **Мелодия**, т. е. мотив — благозвучная последовательность звуков, образующая единое целое, целостно выраженная музыкальная мысль. Именно по мелодии большинство людей узнает то или иное музыкальное произведение. Мелодия стимулирует мыслительную деятельность человека. Нередко мелодия напоминает о мыслях, настроениях, чувствах и ощущениях, связанных с тем временем, когда она была услышана впервые.
- **Гармония**, т. е. созвучие, в теории музыки характеризует функциональные последовательности. Гармоничность музыки оказывает влияние на мир чувств и эмоций человека. По европейским представлениям мажорная музыка воодушевляет, ободряет и стимулирует; минорная же может помочь в тоске и печали.
- **Ритм и темп** влияют на регулярные процессы в человеческом организме. Ритмичная, быстрая музыка возбуждает, воодушевляет, стимулирует; медленная — расслабляет и успокаивает. На большинство людей наиболее успокаивающе действует музыка с темпом 60 ударов в минуту, поскольку такая частота поддерживает частоту пульса человека в состоянии покоя. Движение под быструю, с ритмичными повторами музыку помогает снять напряжение. Музыка неопределенного ритма и темпа ослабляет восприятие времени и помогает человеку расслабиться.
- **Тембр** — это свойство звука, характеризующее его окраску. Каждый инструмент или голос имеет уникальный тембр. Замечено, что яркий, интенсивный тембр возбуждает, а мягкий — успокаивает. Считается, что из акустических музыкальных инструментов успокаивающим воздействием обладает флейта и другие духовые, а также струнные инструменты, если на них играют с умеренной интенсивностью. Тембр фортепиано считается возбуждающим. Одна и та же мелодия, исполненная на разных музыкальных инструментах или на разной высоте, может воздействовать по-разному.
- **Высота звука** — одна из основных его характеристик. Принято считать, что высокие звуки раздражают и возбуждают, а низкие воздействуют успокаивающе. При этом важно учитывать сочетание высоты звука с другими музыкальными элементами. Например, медленная, спокойная музыка может раздражать, если в ней присутствуют, в основном, высокие звуки.

- **Динамика** характеризует в музыке изменения силы звучания, прежде всего — громкости. Резкие динамические изменения, как правило, бодрят, однако слишком резкие могут и напугать. Музыка с плавными динамическими переходами воздействует, в основном, расслабляюще. Предполагается, что громкость музыки должна соответствовать ожидаемому эффекту. При этом, однако, следует избегать крайностей: слишком громкий звук может повредить органы слуха, если же звук слишком тихий, может потребоваться дополнительное напряжение слуха.

По совместному воздействию различных компонентов музыку можно условно разделить на **стимулирующую и успокаивающую**.

Стимулирующую музыку характеризуют быстрый темп, подчеркнутый ритм, подвижная динамика, резкие изменения, широкий диапазон, относительно большая громкость. Седативная музыка обычно медленная, с упором на гармонию и мелодию, у нее много *легато*, мягкий тембр, узкий диапазон, она постепенна, предсказуема.

Большинство исследований показывают, что стимулирующая музыка увеличивает частоту дыхания и сердечных сокращений, успокаивающая — снижает. Стимулирующая музыка увеличивает мышечную активность, седативная позволяет снизить мышечный тонус.

Лечебное воздействие музыки используется с незапамятных времен, когда шаманы, колдуны и знахари своими песнопениями, заклинаниями и игрой на ударных инструментах старались избавить человека от болезней и изгнать причиняющие страдания злые силы. Инструменты, мелодию и ритм они выбирали сознательно, в соответствии с тем, с каким недугом приходилось бороться. Уже тогда было установлено воздействие музыки на частоту пульса, что широко применялось для понижения кровяного давления. Игрой на свирели лечили нервные расстройства, глухих исцеляли игрой на трубе. Даже укус ядовитой змеи лечили музыкой, заставляя пострадавшего танцевать под определенный аккомпанемент до тех пор, пока яд не выводился из организма. Поскольку люди реагируют на музыку по-разному, не существует конкретных рекомендаций в отношении применения ее в медицинских целях. Влияние музыки на человека зависит от множества одновременно воздействующих факторов и прежде всего от свойств ее элементов. Не меньшее значение играют и те факторы, которые относятся к самому слушателю (возраст, пол, интеллектуальный уровень, свойства личности, текущее физическое и эмоциональное состояние, музыкальный опыт, ожидания от музыки, связанные с нею ассоциации), а также факторы среды (культурная среда и культурный фон, окружение и раздражители во время прослушивания). *Воздействие музыки* является психофизиологическим, правильно выбранные музыкальные методы улучшают как эмоциональное, интеллектуальное, так и физическое состояние человека. То, какая музыка кому кажется веселой или грустной, вдохновляющей или умиротворяющей, возбуждающей или расслабляющей, — сугубо индивидуально.

Музыкальная терапия подразумевает использование музыки и ее элементов опытным музыкальным терапевтом для того, чтобы помочь клиенту избавиться от болезни или расстройства, чтобы раскрыть скрытые ресурсы и потенциал для восстановления и поддержания здоровья. Музыка как таковая играет в этом процессе роль медиума и не является самоцелью. *Музыкальная терапия дает человеку возможность прислушаться к себе и раскрыть себя через музыку*, причем наличие или отсутствие музыкального образования или навыков игры на музыкальных инструментах не имеют определяющего значения. Музыкальная терапия может использоваться в работе с людьми любого возраста (начиная от состояния плода до самой глубокой старости), с любыми отклонениями или болезнями (психические расстройства, физические недостатки, сенсорные нарушения, задержка развития, зависимости, проблемы в общении, жизненные кризисы, скорбь, перенапряжение и проч.). Музыкальную терапию применяют как в виде поддерживающего лечения, так и для профилактики.

Музыкальная терапия включает в себя множество подходов и методов, подразумевающих либо прослушивание музыки, либо музицирование. Методы, опирающиеся на прослушивание, относят, как правило, к пассивным приемам. В этом случае терапевт выбирает определенную музыку и дает клиенту связанные с нею задания. То, что всплывает у клиента из бессознательного на сознательный уровень, является материалом для терапевтической работы. Наиболее распространенными из

опирающихся на прослушивание методов музыкальной терапии являются управляемые мысленные путешествия и релаксация.

Методы, которые связаны с музицированием, в называются в музыкальной терапии активными. В качестве инструментария могут выступать как собственно музыкальные инструменты и голос, так и иные варианты. Здесь важен сам процесс, а не эстетичность результата. Музицирование позволяет человеку проявлять свое творческое начало, что очень важно для укрепления и поддержания душевного здоровья. Чаще всего при музыкальной терапии применяют ритмические инструменты, обращаться с которыми может каждый.

Элементы музыкальной терапии могут с успехом применяться в повседневной работе любого руководителя деятельности. Например, можно подбирать специальную фоновую музыку для индивидуальной или групповой деятельности, использовать музыку в качестве вспомогательного средства при достижении поставленных целей, для создания необходимого настроения и стимулирующей атмосферы. Кроме того, активными формами музыкальной терапии можно обогатить групповую работу. При этом, однако, важно знать некоторые различия и принципы при использовании музыкальных элементов в работе с различными группами.

- Клиенты с *недостатком умственного развития* воспринимают музыку как интересную и приятную последовательность звуков. Особенно им нравятся природные звуки и голоса, потому что при недостатке умственного развития нарушено абстрактное мышление человека, а знакомые голоса природы вызывают радость узнавания. Иногда с помощью музыки оказывается гораздо проще, чем вербально, установить контакт с человеком с недостатком умственного развития. Поскольку при работе с такой группой клиентов значительная часть деятельности связана с обучением чему-то новому или с закреплением полученных знаний, следует применять такие музыкальные элементы, которые этому способствуют, имеют поощряющий эффект и мотивируют. При использовании элементов музыкальной терапии можно улучшить социальные навыки и моторные способности людей с недостатком умственного развития, научить их узнавать и выражать эмоции, а также тренировать органы чувств и способность концентрации и способствовать снятию напряжения.
- Люди с *диагнозом «шизофрения»* составляют примерно половину клиентов специальных учреждений социального обеспечения. При этой болезни человек может становиться пассивным и замкнутым, его самооценка может быть существенно снижена, социальные навыки утрачены. При низком уровне мотивации клиент может быть не согласен участвовать в деятельности, особенно ему может не нравиться групповая работа. Причиной этого могут быть как симптомы болезни, так и обусловленные болезнью изменения личности. Но с помощью приемов и элементов музыкальной терапии можно найти путь к внутреннему миру клиента и вынести оттуда на поверхность то, что клиент не умеет или не хочет выразить вербально. С помощью музыки налаживается более прочный контакт, завоевывается большее доверие, у клиента становится меньше неуверенности в себе, улучшается его самооценка. Это в свою очередь способствует развитию социальных навыков и более непосредственному общению. При выборе и планировании музыки и вида деятельности для этой группы клиентов следует проявлять осмотрительность, потому что клиенты могут трактовать музыку весьма своеобразно и неожиданно. Поэтому всегда важна реакция клиента на предлагаемую музыку, его к ней отношение.
- При *диагнозе «деменция»* у людей отмечается снижение когнитивных способностей, дезориентация, психические и поведенческие нарушения. Процесс необратим и прогрессирует. С помощью методов музыкальной терапии можно влиять на ажитацию или пассивное состояние клиента, помогая ему отвлечься, предлагая положительные эмоции, уменьшая депрессию, замедляя ослабевание памяти. В качестве основных методов здесь давно применяется прослушивание клиентом знакомой музыки, пение, попытки посредством музыки повлиять на настроение. Так, человек с деменцией может не узнавать самых близких людей, но его музыкальная память зачастую сохраняется, он может очень точно напевать знакомые с детства мелодии. Это пробуждает в подсознании давние воспоминания, вспоминаются давно минувшие ситуации, люди. Если дементный человек в состоянии передвигаться, рекомендуется комбинировать музыку и движение, чтобы обеспечить клиенту оптимальную физическую нагрузку. Для этого хорошо подходят связанные с пением игры и танцы.

21.2. Арт-терапия и ее элементы в терапевтической деятельности

Искусство — один из возможных способов самовыражения, который доступен для всех, не только для тех, у кого есть соответствующий талант. Профессионалы различных сфер деятельности (терапевты, учителя, наставники, социальные работники, руководители групп и т. д.) опираются в своей деятельности на искусство. Искусство широко используется, например, в такого рода групповой деятельности, как арт-терапия, открытые студии, кружки, отработка социальных навыков, эмоциональных умений. Роль человека в этой деятельности и ее задачи влияют на ее характер и выбор места проведения.

У связанной с искусством деятельности может быть три цели:

- *Конечный результат*, произведение как таковое, которое потом можно, например, отдать на выставку или подарить. Сам процесс менее важен, изменения, происходящие в это время с клиентом, отдельно не рассматриваются.
- *Приобретение важных навыков*. Умение обращаться с соответствующими принадлежностями и инструментами, умение передавать на плоскости перспективу, светотень, умение придавать материалу форму и обрабатывать его. Оценку дает руководитель/педагог, согласно условленным критериям.
- *Сама арт-терапия*. В терапии важен процесс, в ходе которого терапевт поддерживает попытки клиента прояснить какие-то проблемы, мысли, чувства. Конечным результатом может быть настоящее произведение искусства или просто милая безделушка. Оценку дает только сам автор произведения, можно сравнивать разные работы этого же автора.

Руководитель деятельности может ориентироваться в своей работе на первую и вторую цели, может поощрять желание клиента сделать что-то самостоятельно или научить его чему-то новому.



Рисунок 36. Неоконченные работы участников открытой студии



Рисунок 37. Изготовление мозаики из кусочков кафеля

Связанная с искусством деятельность подходит и людям с психическими расстройствами, и людям с недостатком умственного развития. Таким образом можно научить понимать свои эмоции, сдерживать их и выражать, а также улучшить социальные контакты.

Рисование и рукоделие — очень конкретный вид деятельности. У нее есть четкие границы, видно, где начинается бумага (или любой другой материал), где заканчивается. Рисовать и действовать можно только в настоящем, здесь и сейчас.

Занимаясь художественной деятельностью, человек может очень глубоко уйти в себя и встретить там с личными и интимными обстоятельствами. То, насколько глубоко происходит это погружение, зависит от когнитивных способностей человека. С помощью рисунка можно выразить сильные чувства так, чтобы никто при этом физически не пострадал.

Рисование — процесс творческий, развивающий и укрепляющий самосознание. Описываемая деятельность очень помогает в тех ситуациях, когда слов нет, их недостаточно, или они истерлись.

Такая деятельность хорошо подходит в качестве терапевтической, поскольку:

- каждый может присоединиться к группе в подходящее ему время и участвовать в занятиях в соответствии со своим уровнем — важен сам процесс
- она эффективно помогает в общении и самовыражении, особенно когда не подобрать слова и сложно высказаться
- это хороший инструмент для работы с подсознанием и фантазией
- конечный продукт сохраняется, его всегда можно снова посмотреть
- она доставляет удовольствие, в группе можно поделиться идеями и впечатлениями

21.3. Элементы литературы в терапевтической деятельности

Идея литературной терапии очень стара, словом исцеляли с давних времен. Влияние древних мудрецов и пророков в том и состояло, что они властвовали посредством слова, знали заклинания и с помощью них лечили. Сегодня литературная терапия применяется в качестве метода, опирающегося на то, что в процессе терапии происходит обмен опытом. Используются как существующие, так и собственные литературные произведения или устное творчество. Материалом является заранее подобранное или написанное стихотворение, афоризм, рассказ, роман, дневник, биография, эссе, статья, сказка, пьеса, фильм, видео и т. д. Человек и литература взаимосвязаны по своей сути. Все, что было прочитано в течение жизни, остается в нас, и это можно потом вызвать и поместить на иной фон, что породит новые ассоциации.

Использовать в терапевтических целях поэзию рекомендуется в отношении испытывающих фрустрацию и заторможенных людей, людей с ограниченным самовыражением; таких, которые способны на творческую деятельность, однако нуждаются в стимуляции; одиноких, ушедших в себя, ригидных. Написание стихотворений также имеет терапевтический эффект. Целью в таком случае является позволить человеку лучше осознать свою жизнь и научиться ею наслаждаться. В стихотворениях человек раскрывается, и в дальнейшем по ним можно получить представление о его развитии и жизненном цикле. Когда человек пишет стихотворение, в его подсознании происходят определенные изменения. Такая терапия с успехом используется в отношении пожилых людей с умственными нарушениями. Замечено, что поэзия позволяет легче смириться с утратой или смертью.

21.4. Занятия в свободное время как терапевтическая деятельность

Участие в занятиях в свободное время побуждает клиента активнее участвовать в общественных мероприятиях. Это помогает снять стресс, в целом улучшить эмоциональный фон, наладить новые социальные контакты, развить и применить различные умения, укрепить уверенность в себе и улучшить самооценку. На общественных мероприятиях можно применять приобретенные и отработанные навыки.

В зависимости от того, о какого рода занятиях идет речь, они могут повысить общую сопротивляемость, улучшить моторику, укрепить веру в себя, помочь расслабиться. Примерами занятий в свободное время являются: посещение церкви, пение, игра на музыкальных инструментах, просмотр кинофильмов, поход на концерт, рыбалка, туризм, посещение кафе и ресторанов, приготовление пищи, танцы и т. д.

Занятия в свободное время можно классифицировать следующим образом:

Активная деятельность. Она применяется для улучшения функциональных показателей (мышечной силы, чувства равновесия, координации, подвижности, гибкости). Если осваивать новые умения и модифицировать имеющиеся, можно компенсировать те из них, которые были утрачены. Активной деятельностью могут быть индивидуальные и командные виды спорта, например игры с мячом, лыжи, плавание, аэробика, скандинавская ходьба, боулинг и проч.

Пассивная деятельность. Пассивная деятельность в свободное время позволяет снять стресс и улучшить моторику. Сюда можно отнести чтение, настольные игры, письмо, рукоделие, просмотр кинофильмов, компьютерные игры.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Allen, J. (2000). Using Validation Therapy to Manage Difficult behaviors. <http://www.ec-online.net/community/Activists/difficultbehaviors.htm> (8.12.2014)
2. American Occupational Therapy Association. (1994). Uniform Terminology for Occupational Therapy - Third Edition. The American Journal of Occupational Therapy. Vol. 48(11).
3. Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. (1998). Psühhiaatiline Rehabilitatsioon. Tartu: Eesti Psühholoogilise Rehabilitatsiooni Assotsiatsioon.
4. Bakk, A., Grunewald, K. (1999). Vaimupuudega inimeste hoolekandest. Tallinn: Koolibri
5. Barris, R., Kielhofner, G., Watts, J.-H. (1988). Occupational Therapy in Psychosocial Practice. Thorofare, NJ: Slack
6. Belbin Team Role Theory. Belbin Associates <http://www.belbin.com/rte.asp> (8.12.2014)
7. Belle-Kusse, P., Zadoks, J. (2008). Change of Mind. A Unique Support for Carers and People with Acquired Brain Injury. Van Belle & Zadoks
8. Berne, E. (2001). Suhtlemismängud: mängud ja manipulatsioonid inimsuhetes. Puhja: Väike Vanker
9. Blankers, R., Hage, C. (2002). Intellectual Disability and Problem Behavior. Рукопись.
10. Blankers, R., Hage, C. (2004-2010). Учебные материалы. Рукопись
11. Bolton, R. (2002). Igapäevaasakused: kuidas ennast kehtestada, teisi kuulata ja konflikte lahendada. Puhja: Väike Vanker
12. Christiansen, C., Baum, C. (1991). Occupational Therapy Overcoming Human Performance Deficits. McGraw Hill Professional
13. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. (2006). UNO <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> (8.12.2014)
14. Corey, M., Corey, G. (1998). Becoming a Helper. Third Edition. Pacific Grove CA: Brooks/Cole
15. Corey, G. (1996). Student Practice Manual for Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Fifth Edition. Pacific Grove CA: Brooks/Cole
16. Creek, J. (1997). Occupational Therapy and Mental Health. Edinburgh: Churchill Livingstone.
17. Curtis, L.C., Hodge, M. (1994). Old standards, new dilemmas: Ethics and boundaries in community support services. Psychosocial Rehabilitation Journal. 18(2), pp 13-33
18. Evans, L. (1982). Total Communication. Structure and strategy. Washington DC: Gallaudet University Press.
19. Gleitman, H. (1995). Psychology. Fourth Edition. New York: Norton.
20. Hage, C., Blankers, R. (2004). Sexuality and Prevention of Sexual Abuse by People with a Mental and Physical disability. Учебное пособие. Tallinn: Tervise Arengu Instituut.
21. Hagedorn, R. (1997). Foundations for Practice in Occupational Therapy. Second Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone.
22. Haldre, L. (2004). Seksuaalvägivalla ohvrite käitumine, sümptomaatika ja ravi. Rmt.: Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühingu (STLIEÜ) VI konverents „Seksuaalsus ja elukvaliteet”. Tartu: Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühing

23. Hallap, M., Padrik, M. (2008). Lapse kõne arendamine. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
24. Hanley, I.G., McGuire, R.J., Boyd, W.D. (1981). Reality orientation and dementia: a controlled trial of two approaches. Br J Psychiatry. 138, pp 10-14
25. Harro, J., Kivastik, T., Pokk, P. (1997). Ravimiteave kõigile. Tartu: Eesti Farmakoloogia Selts
26. Heijkoop, J.C.M. (1977). A Non- Aversive Treatment of Self-Injurious behavior in the Natural Environment. Paper at the international Congress of behavior Therapy. Uppsala, Sweden
27. Hinsie, L. E., Campbell, R.J. (1973). Psychiatric Dictionary. Fourth Edition. New York: Oxford University Press.
28. Holvikivi, J. (1995). Toimintaterapia, tie omatoimisuuten. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino OY.
29. Hoolekande kontseptsioon. (2004). Tallinn: EV Sotsiaalministeerium. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalhoolekanne/hoolekande_kontseptsioon.pdf (1.04.2010)
30. Iivanen, A., Jauhiainen, M., Pikkarainen, P (2003). Õendusoskused. Tallinn: Medicina
31. Imboden, J.B., Urbaitis, J.C. (1978). Practical Psychiatry in Medicine. New York: Appleton-Century-Crofts.
32. Inimõigused ja sotsiaaltöö. (1995). Õpik sotsiaaltöökoolidele ja sotsiaaltöötajatele. ÜRO Inimõiguste Keskus; Tallinn: Inimõiguste Instituut
33. Kadažane, T. (2001). Koolisotsiaaltöö käsiraamat. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
34. Katajainen, A., Lipponen, K., Litovaara, A. (2004). Jõuvarud käiku. Tallinn: Medicina
35. Kielhofner, G. (1995). A Model of Human Occupation. Second Edition. Baltimore: Williams & Wilkins.
36. Koemets, E., Tamm, L., Alango, A., Indre, K. (1981). Psühholoogia ja pedagoogika alused. Tallinn: Valgus
37. Kohti oma toimeisyyttä. Opas aivohalvauspotilaan ohkaamisesta. (1998). Kofy f.y. Proteesisäätio
38. Koolitusprogramm Eesti sotsiaalhoolekande töötajatele. (1998). Kopenhagen: PLSConsult
39. Kreegipuu, M. (2004). Kognitiiv-käitumisteraapia algkursus. Tallinn: EKKA Kognitiiv-käitumisteraapia algkool. Рукопись.
40. Krips, H. (2005). Suhtlemisostkustest õpetamisel ja juhtimisel. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
41. Krull, E. (2000). Pedagoogilise psühholoogia käsiraamat. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
42. Laste- ja noortepsühhiaatria. (2006). Tallinn: Medicina
43. Laste tserebraalparalüüsi arendusravi juhend. (2008). Сост.: K. Elstein, Ü. Kruus, R. Pettai, T. Stelmach, V. Sander, E. Jaanson, H. Maas, K. Jesse, B. Kaasik, M. Männamaa, M. Käämer. Lege Artis http://www.legeartis.ee/failid/File/Laste%20tserebraalparalyysi%20arendusravi%20juhend_01.01.2008.pdf (6.09.2010)
44. Letcher, P.B., Peterson L.P., Scarbrough D.R.N. (1974). Reality Orientation: A Historical Study of Patient Progress. Hospital & Community Psychiatry. Vol 25(12), Dec., pp 801-803
45. Liebman, M. (1996). Art Therapy for Groups. Cambridge: Brookline
46. Lindgren, H.C., Suter, W. N. (1984). Pedagoogiline psühholoogia koolipraktikas. Tartu: Tartu Ülikool
47. Lindqvist, M. (2008). Aitaja vari. Tartu: Väike Vanker

48. Lindqvist, M. (1989). Ammatina ihminen: hoidon etiikasta ja arvoista. Helsinki: OTAVA
49. Linnamägi, Ü., Asser, T. (2000). Dementsussündroom ja selle põhjused. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
50. Linnamägi, Ü., Braschinsky, M., Saks, K., Vörk, E., Lääts, T (2008). Käsiraamat dementsete haigete hooldajale. Tallinn: Eesti Alzheimeri Tõve Ühing
51. Mangs, K., Martell, B. (2000). Psühhoanalüütiline arengukäsitlus: 0-20 eluaastani. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
52. Maslow, A. H. (2007). Motivatsioon ja isiksus. Tallinn: Mantra Kirjastus
53. Masso, M., Pedastsaar, K. (2007). Puuetega inimeste toimetulek ja vajadused. Poliitikaanalüüs. Sotsiaalministeeriumi toimetised nr 1.
<http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/V2ljaanded/Toimetised/2007/01.pdf> (6.09.2010)
54. Meditsiinisonastik. (2004). Tallinn: Medicina
55. Meer van K., Neijenhof van J. (1994). Elementary Social Skills. Maastricht, The Netherlands: Uniprint
56. Melberg Schwier, K., Hingsburger, D. (2000). Sexuality: Your sons and daughters with intellectual disabilities. Baltimore: Brooks Publishing
57. Melsas, M. (2008). Kommunikatsioonivõimalused. Õppemetoodiline materjal pedagoogidele ja sotsiaalse tugivõrgustiku spetsialistidele hooldusõppes põhihariduse omandanud õppijate kaasamiseks kutseõppesse.
<http://www.kaokeskus.ee/ul/Kommunikatsioonivoimalused.doc> (8.12.2014)
58. Mental Health Case Management Association of Ontario Training Resource Guide. (1993). Toronto: MHCMA.
59. Mesibov, G.B., Schopler, E., Shea, V. (2005). TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders. Issues in Clinical Child Psychology. New York: Kluwer Academic/Plenum
60. Miller, E. (1987). Reality Orientation with Psychogeriatric Patients: the limitations. Clinical Rehabilitation 1, 231-233
61. Mosey, A.C. (1986). Psychosocial Components of Occupational Therapy. New York: Raven
62. Märgistatuse vähendamine: kogukonna integratsiooni takistuste ületamine ühiskondliku ja kutsealase hariduse kaudu. Osavõtja töövihik. (S.a.). Ontario: Vaimse Tervise Juhtumikorraldamise Assotsiatsioon
63. Neal, M., Briggs, M. (2001). Validation Therapy for Dementia. Cochrane Review. Cochrane Library, issue 4. Oxford: Update Publications
64. Neal, M., Briggs, M. (2003). Validation therapy for dementia.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12917907> (8.12.2014)
65. Niskanen, P., Sorri, P., Ojanen, M. (1997). Kuidas aidata aitajat. Tartu: Tartu Ülikool
66. Nordeman, M. (2000). Arenguhälve ja seksuaalsus. Seksuaalsed vajadused ja nende avaldumisvormid. Tallinn: Eesti Pereplaneerimise Liit
67. Objects of reference. (2004). Quick Guide. University of Edinburgh <http://callcentre.education.ed.ac.uk/downloads/quickguides/aac/objects.pdf> (6.09.2010)
68. Occupational Therapy: Overcoming Human Performance Deficits. (1991). Ed. by C. Christiansen, C. Baum. Thorofare NJ: SLACK Incorporated.

69. O'Connor, J., Seymour, J. (2002). *Introducing NLP: Psychological Skills for Understanding and Influencing People*. London: Harper Gollins
70. Paavel, V., Kõrgesaar, J., Sarjas, A., Sõmer, S., Vasar, V. (2000/2001). *Psüühilise erivajadusega inimeste hoolekanne Eestis. Käsiraamat*. EV Sotsiaalministeerium, Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus, Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing.
71. Pehk, A. (1996). *Muusade kunst aitab elada: muusika psühhofüsioloogilisest toimest ja selle teraapilistest rakendusvõimalustest*. Tallinn. Tallinna Pedagoogikaülikool
72. Petry, K., Maes, B., Vlaskamp, C. (2002). *Description of the Support Needs for People with Profound Intellectual and Multiple Disabilities using the 2002 AAMR system: an Overview of Literature*. <http://www.multipius.be/informatiedocs/descriptionETDD.pdf> (6.09.2010)
73. *Psühhiaatria*. (2000). Tallinn: Medicina.
74. *Psühhofarmakoretaapia: õppematerjal perearstidele*. (1997). Сост.: L. Mehilane. Tartu: Tartu Ülikool
75. *Puuetega inimeste ja nende pereliikmete hoolduskoormuse uuring* (2009). Saar Poll OÜ, EV Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikool
http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/kogumik/PIU2009_loppraport.pdf (23.08.2010)
76. *Practice Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Mental Health Problems in Adults with Intellectual Disability*. (2001). The European Association for Mental Health in Mental Retardation. Brighton: Pavilion The Ironworks Cheapside
77. *Practice Guidelines and Principles: Assessment, Diagnosis, Treatment, and Related Support Services for Persons with Intellectual Disabilities and Problem Behavior. European Edition*. (2007). Gouda: Centre of Consultation and Expertise.
78. *Promoting the development of Young Children with Cerebral Palsy. A guide for Mid-Level Rehabilitation Workers*. (1993). Geneva: World Health Organization.
79. *Psühhiaatria*. (2000). Tallinn: Medicina
80. *Psühhiaatriliste probleemide kognitiivne käitumisravi: praktiline käsiraamat*. (1993). Tallinn: Fontes PMP
81. *Psüühilise erivajadusega inimestele riikliku hoolekande teenuseid osutavate asutuste erialalisjuhtimisel audit* (2000/2001). Tallinn: Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus.
82. Rahu, A. (2003). *Psüühilise erivajadustega inimeste toimetulek Tallinna näitel*. Работа на соискание степени магистра. Tallinn: Tallinna Pedagoogikaülikool
83. *Rahvusvaheline haiguste ja tervisega seotud probleemide statistiline klassifikatsioon: RHK-10*. (2005). Tallinn: Sotsiaalministeerium
84. Rammul, I. (2004). *Seksuaalsus ja psüühikahäired*. Rmt.: Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühingu (STLIEÜ) VI konverents „Seksuaalsus ja elukvaliteet”. Tartu: Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühing
85. Ramsing Ösgur, B. (2010). *Материалы лекций. The Nordic Centre of Welfare and Social Issues*
86. Raskin, N.J., Rogers, C.R. (1995). *Person-centered therapy*. In R.J. Corsini, D. Wedding, (Eds.), *Current Psychotherapies*. Fifth Edition. Itasca: Peacock. Pp 128-161.
87. Reed, K.L., Sanderson, S.R. (1983). *Concepts of Occupational Therapy*. Second Edition. Baltimore: Williams & Wilkins.
88. Rogers, B. (2008). *Taasleitud käitumine*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus

89. Roomeldi, M. (2004). Psühhoteraapia seksuaalse väärkohtlemise ohvritele. Rmt.: Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühingu VI konverents „Seksuaalsus ja elukvaliteet”. Tartu: Seksuaalsel Teel Levivate Infektsioonide Eesti Ühing
90. Roots, H. (2005). Loenguid organisatsiooniteooriast. Tallinn: Sisekaitseakadeemia
91. Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (1999). Õenduse alused. Tartu: Elmatar
92. Rüütel, E., Elenurm, T., Pehk, A., Tomberg, M., Visnapuu, P. (2001). Loomismäng: muusika-, sõna-, liikumis-, kunsti- ja värviharjutusi rühmatööks. Tallinn: Tallinna Pedagoogikaülikooli kirjastus
93. Saarma, J. (2000). Psühhopaatoloogia. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
94. Sacks, O. (2003). Mees, kes pidas oma naist kübaraks. Lood ebaharilikest patsientidest. Tallinn: Tänapäev
95. Siimon, A., Türk, K. (2003). Juhtimine: põhimõisted ja seosed. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
96. Smith, B. J., Barker, H.R. Jr. (1972). Influence of a Reality Orientation Training Program on the Attitudes of Trainees Toward the Elderly. Gerontologist. Autumn, 12(3), pp 262-264
97. Soots, A. (1999). Terapeutiline suhtlemine. Tartu: Avahoolduse Arenduskeskus; Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon
98. Sotsiaalaala töötaja eetikakoodeks (2005). Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon <http://www.eswa.ee/index.php?picfile=67> (8.12.2014)
99. Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse ja nendega seonduvate seaduste muutmise seaduse seletuskiri. (2008). Tallinn: EV Sotsiaalministeerium. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/puudega_inimestele/erivajadus/Sotsiaalhoolekande_erihoolekande_muudatuste_seletuskiri_2009.pdf (17.08.2010)
100. Sotsiaalministeeriumi poolt eraldatavad abivahendid. EV Sotsiaalministeerium <http://www.sm.ee/sinule/puudega-inimesele/sotsiaalteenused-puudega-inimesele/abivahendid.html> (6.09.2010)
101. Sotsiaaltöö teooria ja praktika: lähtealuseid isikliku, perekondliku ja ühiskondliku elu tugevdamiseks. (1995). Сост.: R. Kreem. Tartu: Eesti Sotsiaaltöötajate Koondis Lääneriikides
102. Stewart, C., O'Kane, D., McCart, J. (2006). Management of Aggression and Physical Intervention Skills Training. Belfast Health and Social Services Trust. Рукопись
103. Strongman, K. T. (2009). Psühholoogia igapäevaelus. Tallinn: Pegasus
104. Suominen, S. (2002). Hengilökohtainen palveluohjaus. Omaiset Mielenterveystön tukena. Helsinki Uudenmaan yhdistys ry.
105. Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatriakliiniku ravijuhised <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/> (8.12.2014)
106. Teiverlaur, M. (2007). Luuleteraapia. Tallinn: Külim
107. Tervis, töö ja sotsiaalelu 2000-2008. (2009). Tallinn: EV Sotsiaalministeerium
108. The Different Creative Therapies. (2007). <http://www.creativetherapies.co.uk/our-work/the-different-therapies/> (8.12.2014)
109. Townsend, M.C. (1997). Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing. Fourth Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company.
110. Trillingsgaard, A., Jorgensen, O. S. (1997). Autism. Kirjutistesari autismist. Tallinn: Tallinna Pedagoogiline Seminar.
111. Trombly, C.A. (1995). Occupational Therapy for Physical Dysfunction. Fourth Edition. Baltimore: Williams & Wilkins.

112. Tubbs, S.L., Moss, S. (2000). Human Communication. Eight Edition. McGraw-Hill Higher Education
113. Understanding and managing behaviour problems in children and young people with autistic spectrum disorders. (2008).
114. http://www.ich.ucl.ac.uk/gosh_families/information_sheets/behaviour_problems_autism/behaviour_problems_autism_families.html#impairments (8.12.2014)
115. Vadi, M. (2001). Grupid organisatsioonid. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
116. Vadi, M. (2004). Organisatsioonikäitumine. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
117. Vaimupuudega inimeste normaliseeritud elutingimused: teoreetiline taust ja praktiline kogemus. (2003). Сост.: K. Grunewald. Tallinn: Eesti Vaimupuudega Inimeste Tugiliit
118. Veisson, M., Püss, A., Tammemäe, T., Kõiv, A. (2008). Lapsevanematele erivajadusega lastest. Tartu: Atlex
119. Veldi M. (2006). Unehäirete mõju meeleolule, unehäirete ravi. Lege Artis, Nov, lisaväljaanne 35.
120. Velikovic, T.D., Perat, M.V. (2005). Basic Principles of the Neurodevelopmental Treatment. Medicina 42(41), pp 112-120
121. Walburg, W-R. (1998). Vaimupuudepedagoogika alused. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus
122. Wetterberg, L. (1992). Psühhiaatria taskuraamat. Stockholm: Karolinska Instituut
123. Wheble, J., Hong, C.S. (2006). Apparatus for enhancing sensory processing in children. International Journal of Therapy and Rehabilitation. Vol 13(4), pp 177-181
124. Wichowski, H. C. (2004). Your Patient Has Schizophrenia - Handle with Care. Nursing. Vol. 34/11
125. Wilken, J. P, Hollander, D. (2004). Handbook of the Comprehensive Rehabilitation Approach. Tallinn
126. Wilken, J.-P., Hollander, D. (2004). Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni käsiraamat. Tallinn
127. Wilken, J.-P., Hollander, D. (2005). Rehabilitation and Recovery. A Comprehensive Approach. Amsterdam: SWP Publishers
128. Wisnes Slettahjell, A.E. (2007). Käsiraamat hooldusõdedele. Tallinn: TEA Kirjastus

Нормативно-правовые акты

129. Eesti Vabariigi põhiseadus. RT 1992, 26, 349. Viimati muudetud RT I, 27.04.2011, 2
130. Erihoolekandeteenuse osutaja kogutavate ja sailitatavate dokumentide loetelu kehtestamine. Sotsiaalministri 8. Jaanuari 2009. a määrus nr 4. RTL, 2009 4, 55
131. Perekonnaseadus. RT I 2009, 60, 395. Viimati muudetud RT I, 29.06.2014, 103
132. Psühhiaatrilise abi seadus. RT I 1997, 16, 260. Viimati muudetud RT I, 15.06.2012, 6
133. Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus. RT I 1999, 16, 273. Viimati muudetud RT I, 16.04.2014, 15
134. Sotsiaalhoolekande seadus. RT I 1995, 21, 323. Viimati muudetud RT I, 29.06.2014, 71
135. Tsiviilkohtumenetluse seadustik. RT I 2005, 26, 197. Viimati muudetud RT I, 21.06.2014, 59

Электронные ресурсы удаленного доступа

136. Сайт ACE Centre.
www.ace-centre.org.uk (8.12.2014)

- 137. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. www.aamr.org/ (8.12.2014)
- 138. Сайт Easyinfo. www.easyinfo.org.uk (6.09.2010)
- 139. Сайт Эстонского объединения пациентов www.epey.ee (8.12.2014)
- 140. Сайт Министерства социальных дел Эстонии www.sm.ee (8.12.2014)
- 141. Сайт Neuro Developmental Treatment Association. www.ndta.org (8.12.2014)
- 142. Информационный портал реабилитации. www.rehabilitatsioon.invainfo.ee (8.12.2014)
- 143. Госпортал eesti.ee www.eesti.ee/est/teemad/inimoigused/mis_on_inimoigused/ (8.12.2014)
- 144. Сайт The Validation Training Institute. www.vfvalidation.org (8.12.2014)

ISBN 978-9949-461-49-3 (pdf)