

МІНІСТРЕСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. В.ДАЛЯ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК
З ДИСЦИПЛІНИ “ ПСИХОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ”
(для здобувачів вищої освіти бакалаврського рівня зі спеціальності
С4 Психологія освітня програма «Прикладна психологія та консультування»))
(Електронне видання)

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри практичної психології
та соціальної роботи
Протокол № 4 від 17 листопада 2025р.

м. Київ 2025

УДК 316:6(075.8)

Навчально-методичний посібник з дисципліни «Психологія соціальної роботи» (для здобувачів вищої освіти бакалаврського рівня зі спеціальності С4 Психологія, освітня програма Прикладна психологія та консультування)» (Електронне видання) / Уклад. старший викладач Бровендер О.О., проф. Завацька Н.Є. – Київ: вид-во СНУ ім. В. Даля, 2025. – 192 с

Курс "Психологія соціальної роботи" призначений для здобувачів вищої освіти, що спеціалізуються в галузі соціальної роботи. Він являє собою органічне поєднання психології і соціальної роботи. Курс передбачає поглиблене, практичне освоєння професійної соціальної діяльності за допомогою методів психології, яке можливе тільки на основі вже отриманих базових знань в області психології.

Укладачі:

ст.викл.Бровендер О.О.

д.психол.н., проф. Завацька Н.Є.

Відповідальний за випуск:

Рецензент:

канд.психол.наук Білецький П.С.

ЗМІСТ

РОЗДІЛ I. Психологічні основи соціальної роботи

Тема 1. Психологія соціальної роботи як навчальна дисципліна 5

- 1.1. Місце психології в системі соціального знання
- 1.2. Психосоціальна допомога та психосоціальна робота
- 1.3. Значення психологічної теорії для психосоціальної роботи

Тема 2. Психологія управління в соціальній сфері 24

- 2.1. Сутність і зміст психології управління соціальною роботою
- 2.2. Функції управління
- 2.3. Психологічні принципи управління в соціальній сфері
- 2.4. Особливості організаційного лідерства та керівництва
- 2.5. Лідерство, засноване на дії
- 2.6. Командоутворення не в діяльності соціозащитного установи
- 2.7. Зворотній зв'язок з клієнтом - інструмент психосоціальної роботи

РОЗДІЛ II. Основні напрямки психосоціальної допомоги у соціальній сфері

Тема 1. Діагностика та профілактика у психосоціальної роботі 54

- 1.1. Психосоціальна діагностика
- 1.3. Методичні підходи в діагностиці
- 1.4. Діагностика в когнітивно-біхевіористської роботі
- 1.5. Оцінка потреби як діагностичний інструмент
- 1.6. Діагностика специфічних проблем
- 1.7. Профілактика і психоосвіта в соціальній роботі

Тема 2. Консультування в соціальній роботі 70

- 2.1. Поняття, цілі, завдання і методи консультування
- 2.2. Споживачі соціальних послуг (клієнти)
- 2.3. Основи консультативної взаємодії
- 2.4. Етапи консультування

Тема 3. Тренінг в соціальній роботі

102

- 3.1. Поняття тренінгу і його функції в соціальній роботі
- 3.2. Принципи роботи тренінгової групи
- 3.4. Динаміка розвитку тренінгової групи
- 3.5. Створення тренінгової програми
- 3.6. План розвитку власного впевненої поведінки "Гарячий топ "
- 3.7. Структура тренінгу.
- 3.8. Основні характеристики методів тренінгу

РОЗДІЛ III. Кризова психосоціальна допомога в соціальній роботі

Тема 1. Психосоціальна допомога сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими можливостями

125

- 1.1. Члени сім'ї інваліда
- 1.2. Сиблінги дитини-інваліда
- 1.3. Сім'я, де інвалід є батьком
- 1.4. Особливості життєвого циклу, функції та структури сім'ї дитини-інваліда
- 1.5. Кризові періоди в житті сім'ї, яка виховує дитину-інваліда
- 1.6. Стратегії сім'ї інваліда
- 1.7. Напрямок та форми соціальної роботи з сім'єю інваліда
- 1.8. Діагностика

Тема 2 . Основи профілактики насильства в сім'ї

160

- 2.1. Теоретичні основи сімейного насильства
- 2.2. Діагностика насильства в сім'ї
- 2.3. Діагностика і виявлення фізичного насильства
- 2.4. Діагностика сексуального насильства
- 2.5. Діагностика нехтування основними потребами дитини
- 2.6. Консультування як вид психосоціальної допомоги батькам
- 2.7. Консультування та групова робота з дітьми

2.8. Профілактика жорстокого поводження та насильства над дітьми: просвіта та інформування

РОЗДІЛ I. Психологічні основи соціальної роботи

Тема 1. Психологія соціальної роботи як навчальна дисципліна

1.1. Місце психології в системі соціального знання

Наукові психологічні знання в даний час застосовуються скрізь, де необхідно враховувати психологію людей і людські взаємини. Як відомо, є традиційні галузі використання психологічних знань - освіта, медицина, економіка, політика. Ними, однак, не вичерпується інтерес до психологічних знань, які необхідні всім без винятку людям для кращого розуміння себе та оточуючих, щоб встановлювати з ними нормальні людські стосунки. Відносно недавно психологічні знання стали затребувані в сфері соціального захисту населення.

У соціальній сфері відносно недавно почали працювати практичні психологи, а також фахівці із соціальної роботи, які виконують психосоціальну роботу.

З виникненням соціальної роботи в нашій країні з'явилися практичні запити на вирішення низки соціальних проблем, найчастіше пов'язаних з наданням допомоги сім'ї та дітям, які перебувають у важкій життєвій ситуації, літнім людям та інвалідам, підліткам та іншим вразливим групам населення. Багато підходи до соціальної роботи спираються на ті чи інші психологічні погляди.

Сучасна психологія намагається оцінювати свої власні можливості і перспективи розвитку у сфері соціальної роботи, яка вимагає практичних застосувань, втручання в кризову або важку життєву ситуацію, шукає відповіді на питання, що "може" або що "повинна" зробити психологія, щоб успішно вирішувати гострі завдання надання допомоги різним групам населення. Це вимагає нових підходів, що розробляються у вітчизняній і зарубіжній психології.

Психологія - це наука, що вивчає закони психіки, мотивацію поведінки людей, їх потреби, механізми спілкування і т. д. Психологія, як і будь-яка інша наука, має різні спеціальності, кожна з яких має свій предмет вивчення.

Слово "психологія" буквально означає "знання про душу" або "наука про душу". Перша частина слова (гр. *psyche* - "душа") вказує на особливий світ явищ в свідомості людини, несхожих на ті явища, з якими людина має справу в навколишньому світі, в науках про природу і може їх сприймати неозброєним оком. Друга частина слова *logos*- "поняття", "вчення") вказує на те, що мова йде або про уявлення людей про ці явища, що склалися в результаті накопиченого життєвого досвіду, або про особливу науку, яка виникла і існує з метою отримання точних достовірних знань про ці явища.

У теперішній час замість поняття "душа" використовується поняття "психіка", хоча в мові до цих пір збереглося багато слів і виразів, похідних від первісного кореня: одушевлений, бездушний, душевний та ін.

Поняття "психологія" є багатозначним і широко вживається в даний час як в науці, так і в практиці повсякденного життя. Одна з найважливіших причин цього полягає в тому, що є як наукова, так і життєва, або побутова, психологія, кожна з яких може визначатися по-різному. Наукова психологія вивчає факти, механізми і закономірності тієї форми життя, яку зазвичай називають душевної чи психічної.

Предметом психології є психіка живих істот у всьому різноманітті її проявів. Однак, як попереджають авторитети в області психології, тільки цим не можна задовольнитися, так як завжди потрібно розрізняти об'єкт пізнання і його предмет. Об'єкт існує сам по собі, незалежно від інформованості про нього людських розумів. Інша справа - предмет науки. Вона його будує за допомогою спеціальних засобів, своїх методів, теорій, категорій.

Щоб пізнати предмет психології, не можна обмежитися тим великим колом явищ, які знайомі кожному з власних переживань і спостережень за оточуючими, зі свого психологічного досвіду.

Щоб скласти попереднє уявлення про те, що таке "психіка", часто звертаються до поняття "психічне явище". Під психічними явищами часто розуміють факти внутрішнього, суб'єктивного досвіду: це не тільки те, що людина

бачить, відчуває, мислить, розуміє, бажає, але його знання про те, що він бачить, відчуває і т. п. Інакше кажучи, психічні процеси не тільки відбуваються в людині, але і безпосередньо йому відкриваються.

Наукова психологія має в своєму розпорядженні великим, різноманітним, унікальним фактичним матеріалом, недоступним у всьому своєму обсязі ні одному носію життєвої психології. Цей матеріал накопичується і осмислюється, в тому числі і в спеціальних галузях психологічної науки: вікової психології, педагогічної психології, психології праці, соціальної психології, зоопсихології та ін.

Наукові психологічні знання в даний час застосовуються скрізь, де спілкуються, взаємодіють люди, вибудовуючи свої відносини. Особливу роль нещодавно стали грати психологічні знання в соціальній сфері.

Інтенсивне впровадження психологічних методів у соціальну роботу обумовлено тим, що клієнт соціальної роботи - людина, що опинилася у важкій життєвій ситуації. Розробкою методів і реалізацією психологічної підтримки традиційно займається практична психологія. Фахівець із соціальної роботи повинен вміти здійснювати індивідуально-психологічний підхід до конкретного клієнта, знати психологічні особливості різних соціальних категорій.

Психологи працюють з сім'єю і дітьми, які перебувають у важкій життєвій ситуації, інвалідами та літніми людьми, а також з фахівцями із соціальної роботи. Вивчення пізнавальної, емоційної, вольової, комунікативної сфер допомагає їм у діагностичній, корекційній та профілактичній роботі з цими категоріями населення, допомагає надавати психологічну допомогу.

Під психологічної пожегцьопонимається специфічний вид послуг у вирішенні індивідуальних, сімейних або професійних психологічних труднощів. Як зазначено вище, психологія є наукова, а є - житейська, або побутова. Тому психологічна допомога може бути побутової і може бути професійною.

У нашій культурі роль побутових психологів нерідко цілком успішно виконують родичі, друзі або раніше незнайомі люди (всім відомий феномен

пасажира поїзда, коли зовсім незнайомій людині інший розповідає про найпотаємніших проблеми, про які не ризикнув говорити з близькими людьми).

Побутовими психологами можуть бути представники будь-якої професії, навіть не мають спеціальної освіти. Найчастіше це вдається людям, яким за родом їх професійної діяльності доводиться працювати з іншими людьми і які володіють навичками спілкування, - педагогам, вихователям, соціальним працівникам і т. д. Їх головними навичками є вміння слухати і розділяти почуття іншої людини.

Суть такої допомоги полягає в тому, що людина відчуває тимчасове полегшення отпроговаривання власної проблеми, від поділу негативних почуттів з іншими людьми, від можливості поділитися своїми психологічними труднощами з оточуючими.

Професійна психологічна допомога надається тільки спеціально підготовленими професійними психологами або професійними психологами, психіатрами, якщо вони пройшли спеціальну психологічну підготовку. Професійно грамотне ведення бесіди передбачає якісне, активне слухання, вміння задавати питання і відповідати на запитання співрозмовника. При цьому обов'язковою вимогою виступають знання особистості, спілкування, малих груп, у тому числі сім'ї, а також закономірностей і способів взаємного впливу людей один на одного.

Професійний психолог зобов'язаний неодмінно дотримуватися принципів надання психологічної допомоги, які забезпечують захист прав звернувшись до нього за психологічною допомогою людей, високу ефективність діяльності спеціаліста.

Зміст професійної психологічної допомоги не обмежується тимчасовим полегшенням стану клієнта, а передбачає допомогу людині в його власній оцінці складних життєвих обставин і в самостійному виборі ним стратегії вирішення своїх психологічних труднощів, в розширенні його психологічних можливостей, підвищення поваги і прийняття ним інших людей. Якщо клієнт готовий, то психолог може разом з ним виявити походження його психологічних проблем,

допоможе переконатися в неадекватності використовуваних їм невротичних способів взаємодії з оточуючими, придбати навички спілкування, що дозволить йому надалі будувати здорові стосунки зі своїм "Я" і з іншими людьми. Така робота дає можливість клієнту більш ефективно використовувати власні психологічні ресурси.

Специфіка професійної психологічної допомоги складається в її добровільний характер, в активному обігу людини за допомогою до фахівця, у суб'єкт-суб'єктному характер спілкування психолога і клієнта, яке можливо лише при спочатку шанобливе ставлення психолога до клієнта.

Професійна психологічна допомога людям - це дуже важлива, але лише одна з багатьох, вузьких галузей людського знання взагалі і психологічного знання зокрема. Професійні знання психологів універсальні, тому що на побутовому рівні вони потрібні всім, хто живе серед людей і працює з людьми. Соціальний працівник повинен володіти певним рівнем психологічної грамотності для ефективного виконання своїх професійних обов'язків.

1.2. Психосоціальна допомога та психосоціальна робота

Становлення і розвиток в Росії соціальних служб і соціальної роботи почало формувати суспільний запит на психосоціальну допомогу населенню. Відсутність цілісності знання щодо цього виду допомоги викликає труднощі при необхідності її навчального тлумачення. Однозначне визначення цього поняття дуже важко дати, так як сам феномен багатогранний.

Потреба в психосоціальній допомозі з'являється у випадку соціальної дезадаптації клієнта, при виникненні в нього психологічного дискомфорту, що може бути викликано причинами як зовнішнього, так і внутрішнього характеру або їх складним поєднанням. Джерелом зовнішнього соціально-психологічного неблагополуччя можуть виступати соціальні, соціально-економічні та медико-соціальні причини, такі як втрата роботи (безробіття), втрата близьких, інвалідність та хронічна хвороба, зміна місця проживання і звичних умов життєдіяльності,

адаптація після повернення з місць позбавлення волі і тл., що викликає необхідність зміни колишніх стереотипів поведінки, способу і стилю життя, оцінок, мотивації, з тим щоб ефективно функціонувати в нових умовах існування.

Внутрішні причини неблагополуччя полягають у деформації різних особистісних структур як осознаваного, так і неусвідомлюваного рівнів (неадекватність самооцінки та рівня домагань, порушення емоційно-комунікативної, вольової сфери, порушення процесів саморегуляції, негативні установки, психотравми та ін.).

Таким чином, психосоціальна допомога потрібна при вирішенні широкого кола проблем. Психосоціальна допомога виявляється в ході психосоціальної роботи.

Психосоціальна робота розглядається як нова галузь практичної психології, яка з'явилася в кінці 1990-х рр. Психосоціальна робота - це виявлення, вивчення і нейтралізація негативного впливу психотравмуючих факторів на соціальне життя людини, його соматичне і психічне здоров'я, міжособистісні відносини. Психотравмуючі фактори можуть призводити до розвитку розладів пізнавальних, емоційних, рухово-вольових процесів, неврозів, психозів, що може завершуватися спроби суїцидів і протиправними діями. На основі вивчення та аналізу психотравмуючих факторів визначається вибір і застосування адекватних психосоціальних методів і засобів відновлення, психосоціальної підтримки різних груп і осіб, що звертаються до фахівців із соціальної роботи за отриманням необхідних видів допомоги.

Завдання психосоціальної роботи - подолання соціальної дезадаптації людини, оздоровлення міжособистісних стосунків у професійній і сімейно-побутового життя. В центрі уваги знаходиться психіка людини, яка узагальнено розуміється як система управління індивідуальною життям і поведінкою, тобто життєдіяльністю. Центральний теза психосоціальної роботи - здорова психіка забезпечує оптимальну життєдіяльність людини і, навпаки, деструктивні зміни в життя ведуть до деструктивних змін психіки.

Сутністю психосоціальної роботи як навчальної дисципліни виступає цілісне уявлення про зміст психосоціальної роботи, її основні напрями, інструментарій, методи і організації.

Виділяють наступні види психосоціальної допомоги:

- діагностика, спрямована на виявлення психосоціальних проблем клієнтів;
- консультування;
- тренінг.

Розрізняють декілька напрямків психосоціальної роботи:

- вирішення сімейних проблем. Психосоціальна робота з сім'єю орієнтована на стабілізацію сімейних зв'язків. Вона включає в себе нормалізацію відносин між подружжям, між батьками і дітьми, усіх членів сім'ї з оточуючими;
- розв'язання вікових проблем, найчастіше літніх людей, що зазнають з-за віку різного роду труднощів, що вимагають психосоціальної допомоги;
- надання кризової психосоціальної допомоги в складних життєвих ситуаціях, в тому числі робота з сім'ями алкоголіків, людьми з залежностями, сімейним насильством, з сім'ями, що мають дітей-інвалідів.

Одна з найважливіших професійних функцій соціального працівника - надання психосоціальної підтримки клієнту. Психосоціальна підтримка є буфером, який пом'якшує наслідки негативних життєвих подій.

В зарубіжній традиції психосоціальна підтримка розуміється як похідне всіх зобов'язань і зв'язків, які забезпечують індивіда:

- 1) товарами і послугами, такими як фінансова допомога або побутова допомога на дому;
- 2) інформацією (наприклад, хто і де може надати консультацію з різних питань);
- 3) психосоціальних сприянням, зреалізований у підтримці, емоційному комфорті, близькості.

Таким чином, психосоціальна підтримка включає в себе наступні види підтримки: матеріальну, інформаційну, емоційну. Неформальну підтримку надають родичі, друзі, сусіди, формальну - лікарі, соціальні працівники, психологи.

Вивчення природи психосоціальної підтримки має два генеральних напрями. Перший підхід концентрується на емоційному якості соціальних зв'язків. Вчені вивчають почуття самотності, наявність або відсутність значущих інших в соціальному оточенні людини, ступінь довіри взаємин та ін. Другий підхід фокусується на кількості соціальних контактів, соціальних мереж, завдяки яким люди інтегровані в суспільство, підтримують особисті контакти, контакти на роботі, на відпочинку, в різних соціальних групах.

Психосоціальна підтримка спрямована на пом'якшення стресових подій життя, які є факторами ризику появи захворювання. Такими подіями можуть бути стрес, викликаний роботою, або, навпаки, безробіття. Психосоціальна підтримка захищає індивідів від руйнівного поведінки і психологічних наслідків стресу, дає відчуття особистісного контролю і самоповагу.

Психосоціальна підтримка виконує захисну функцію: захищає стан здоров'я індивіда. Вид підтримки корелює з віком і підлогою.

Враховуючи складність і різноманітність проблем, що потребують психосоціальної допомоги в їх вирішенні часто беруть участь різні фахівці, зокрема соціальних працівників, вчителів, психологів з різною спеціалізацією, психотерапевтів і психіатрів. При цьому елементи психосоціальної роботи можуть використовуватися як частково, наприклад в діяльності соціального працівника, вчителя, лікаря, так і безпосередньо - складати основний зміст діяльності практичного психолога і психосоціального працівника.

У першому випадку елементи психосоціальної роботи можуть бути представлені у вигляді первинного консультування, при першому ознайомленні з проблемою клієнта. Поряд з наданням первинної психосоціальної допомоги

соціальний працівник може виконувати і диспетчерські функції, спрямовуючи клієнта у разі необхідності до фахівців (психіатра, юриста тощо). Функції первинного психосоціального консультування виконують також працівники телефону довіри.

У другому випадку психосоціальна робота, що здійснюється психологом соціальних служб, поряд із психологічним консультуванням включає більш поглиблену психологічну і соціально-психологічну діагностику, в процесі якої виявляються особистісні особливості клієнта, що ускладнюють його соціальну адаптацію та ефективне функціонування систем міжособистісних, сімейних і професійних відносин, а також характер його відносин з найближчим оточенням і основні соціально-психологічні характеристики цього оточення.

Соціальна робота, як і психологія, вирішує проблеми клієнта спільно з ним. Внутрішньоособистісні проблеми людини вплетені в контекст соціальних проблем, що вимагає спільних дій соціальних працівників і психологів.

Психосоціальна робота носить як індивідуальний, так і груповий характер. До першого відносяться такі види діяльності, як: консультування, діагностика, посередницька діяльність при вирішенні конфліктів, профілактика, до другого - тренінг.

Методи психосоціальної роботи запозичені з практичної психології та адаптовані до завдань і умов соціальної роботи з населенням.

Технології психосоціальної роботи - це сукупність прийомів, методів та впливів, що застосовуються для досягнення поставлених цілей у процесі здійснення психосоціальної роботи, вирішення різних психосоціальних проблем клієнтів, забезпечення ефективної реалізації завдань по психосоціальної допомоги населенню. Технологіями психосоціальної роботи виступають різні види тренінгу комунікативних умінь, впевненого поведінки, асертивної поведінки, ділові ігри, игротерапевтические методи корекції емоційно-вольових і комунікативних

відносин і тл., в ході яких відбувається рефлексія і колективне відпрацювання різних соціальних ролей та емоційних станів.

У соціальній роботі технології виступають переважно у вигляді знань (наука), знань і умінь (навчання), а також знань, умінь і досвіду/практики (діяльність). Це твердження можна по праву віднести до психосоціальної роботи, яка є особливим видом діяльності.

У сучасних технологіях соціальної роботи, таких як ведення випадку (у США - "managed case", у Великобританії - "case management"), набагато більше уваги приділяється ефективному забезпеченню послуг, ніж психосоціальної допомоги.

Психосоціальний вплив означає, що опрацьовуються як психологічні, так і соціальні ситуації, включаючи найближче оточення індивіда. Іншими словами, психосоціальний працівник орієнтований на психосоціальний оточення клієнта. Його діяльність спрямована на вирішення проблем соціальної адаптації особистості, на гармонізацію міжособистісних відносин. Саме це відноситься до галузі соціальної роботи.

Об'єктами психосоціальної роботи можуть бути діти, підлітки з девіантною поведінкою, літні люди, інваліди, люди без певного місця проживання, сім'ї (неповні, багатодітні), безробітні, особи, раніше засуджені, призовники, службовці або звільнені з армії, емігранти, мігранти, репатріанти, жертви техногенних катастроф і т. д.

Психосоціальна робота - частина комплексних програм соціального оздоровлення і виховання населення. Для кожної категорії клієнтів у залежності від цілей психосоціальної роботи розробляються психосоціальні програми і технології

1.3. Значення психологічної теорії для психосоціальної роботи

Всі професійні засоби, що застосовуються в діяльності фахівця з соціальної роботи, використовуються людиною по відношенню до іншої людини, що вимагає врахування психологічних особливостей взаємодіючих людей. У соціальній роботі

активно застосовуються засоби, які сформувалися в психологічній теорії, а в подальшому були адаптовані в психосоціальну практику.

У повсякденній соціальній роботі застосовують ідеї відомих психологів З. Фрейда, К. Юнга, К. Роджерса, А. Маслоу, Е. Еріксона та ін для пояснення вчинків і поведінки людини, його емоційних реакцій, а також методи роботи з ним. Історично склався підхід у соціальній роботі використовувати відомі психологічні концепції: психодинамічну теорію, гуманістичні та системні психологічні концепції та ін.

У відповідність з психодинамічною теорією вважається, що людина не лише продукт обставин, пасивний об'єкт соціальної взаємодії, а суб'єкт зміни відносин і обставин. Тому соціальні працівники повинні розглядати клієнта не як жертву, а як суб'єкта взаємодії та сприяти розвитку самостійності у вирішенні своїх проблем.

Це напрямок бере початок з основоположних праць З. Фрейда. Саме він ще в кінці XIX ст. показав, що лікування душевних хвороб може і повинно проводитися з допомогою психологічного впливу.

Психодинамічний підхід являє собою історично важливе джерело розвитку основних професійних навичок в соціальній роботі. Психодинамічним він називається тому, що в теорії, яка є її фундаментом, затверджується залежність поведінки від різних взаємозв'язків і змін у психіці людини. Теорія пояснює, яким чином психіка спонукає дію, психіка та поведінка впливають на соціальне оточення і самі піддаються впливу з його боку.

Для соціальних працівників важливі поняття різних видів захисту, до яких часто вдаються клієнти при обговоренні своїх проблем, поняття трансферу (перенесення і контрперенос), оскільки на соціального працівника можуть переноситися ті відносини, які були у цієї особи з емоційно значущими людьми. Перенесення і контрперенос в соціальній роботі означають вплив минулого досвіду на поведінкові моделі цього і проявляються в поведінці клієнта по відношенню до фахівця. Фахівець із соціальної роботи допомагає людям побачити взаємозв'язок проблем

минулого і сьогодення, а також знайти реальні способи подолання психологічних і практичних бар'єрів на шляху до ефективних дій.

К. Юнг, учень З. Фрейда, створив свій напрямок психоаналізу, де основними поняттями з'явилися "колективне несвідоме" та "архетипи". За К. Юнгом, архетипи - це давні форми уявних уявлень, що властиві багатьом людям і становлять зміст колективного несвідомого. Можна говорити про архетипи матері, батька, душі, часу, простору і т. д. Особистість будується згідно з певними архетипами. Для соціальних працівників найбільше значення має поняття архетипу, оскільки в соціальній роботі необхідно враховувати особливості архетипових уявлень різних народів і верств населення про бажаний спосіб життя і стиль людських взаємин.

А. Адлер, інший відомий учень З. Фрейда, - засновник індивідуальної психології. По А. Адлеру, всі діти страждають комплексом неповноцінності в силу малих фізичних розмірів і недоліку сил і можливостей. Особливо це стосується дітей, які часто хворіють, мають фізичні вади, що піддавалися насильству, не мають родини. Компенсувати свій комплекс неповноцінності, людина створює собі життєву мету досягнення переваги, навколо якої будується цілісний індивідуальний стиль життя. При неможливості досягнення мети переваги розвивається невроз, що дозволяє виправдати невдачу і проявляти владу у формі відмови від соціальних почуттів і обов'язків.

Для соціального працівника теорія А. Адлера дуже важлива, оскільки практично всі клієнти в тій чи іншій мірі страждають комплексом неповноцінності і спотворень особистості, з ним пов'язаних.

Таким чином, цей напрямок широко застосовується в соціальній роботі, а в різних країнах існують різні теоретичні школи цього напрямку. Воно сприяло тому, що в соціальній роботі з'явився терпимий і відкритий стиль відносин, в якій велике значення надається слухання клієнта і в цілому - відносин, в протилежність директивного, контролюючого стилю. Крім того, цей напрямок сприяло виникненню прагнення зрозуміти особистість, а не просто здійснювати якісь дії.

Завдяки психодинамічній теорії в соціальній роботі акцент змістився з подій і думок на почуття і форми несвідомого. Багато поняття, такі як "несвідоме", "агресія", "конфлікт", "тривога", "перенесення" і ін., запозичені з психодинамічної теорії. Ці терміни часто використовуються в дещо спрощеному вигляді, становлять загальний мовний словник, який розуміється і в соціальній роботі, і в звичайному житті. Підвищену увагу фахівців в області соціальної роботи до психологічних і емоційних факторів (порівняно з соціальними факторами) також пояснюється впливом психодинамічної теорії.

Психодинамічний підхід піддається критиці. Так, в основі психодинамічної соціальної роботи знаходиться спочатку біологізаторський, пояснювальний підхід, який є теоретичним. Однак він не може бути перевірений традиційними науковими методами. Багато авторів стверджують, що даний підхід не визнає цінності людської самореалізації, хоча знання психодинамічної теорії допомагає організувати взаємодію з іншими фахівцями.

У психодинамічних теоріях визнається існуючий соціальний порядок і практично не розглядаються питання соціальних змін, хоча приділяється увагу можливим змінам у ситуаціях клієнта.

Іншим впливовим напрямком є когнітивно-біхевіористський підхід (або поведінковий). Цей підхід об'єднує в собі два теоретичних напрями - когнітивізм і біхевіоризм.

В основі когнітивних моделей лежать психологічні теорії сприйняття і обробки інформації. Поведінкові моделі пов'язані з психологічними теоріями навчання. В даний час ці два теоретичні напрями розглядають як єдине ціле. Когнітивно-біхевіористська практика пов'язана з виявленням і подоланням поведінкових проблем, особливо соціальних фобій (страхів), тривоги і депресії.

Біхевіоризм (від англ. behavior - поведінка) ґрунтується на вивченні зв'язку поведінки із зовнішньою стимуляцією. Особливий інтерес представляє проблема утворення нових поведінкових навичок. Це означає, що всяка проблема

розглядається як відсутність необхідних поведінкових реакцій. З негативним поведінкою не слід боротися (так як покарання навчає гірше, ніж винагорода), а потрібно виробляти корисні пристосувальні навички, з якими негативну поведінку несумісне. Бихевиористами розроблені численні програми тренінгів для розвитку корисних соціальних навиків, зокрема тренінг впевненої поведінки (асертивний тренінг).

Для соціальних працівників значний інтерес представляють вже існуючі системи тренінгів і загальні принципи розвитку позитивних навичок. Деякі західні школи соціальної роботи засновані на бихевиористском підході.

Основні аспекти практики поведінкової роботи:

- акцентує увагу на окремих проявах поведінки, які турбують клієнтів та оточуючих їх людей. Якщо поведінка змінюється, проблема знімається;
- в її основі лежать принципи бихевиористської теорії і теорії навчання;
- соціальні працівники проводять аналіз і опис проблеми на основі безпосереднього спостереження. Точно визначаються методи діагностики, втручання та кінцевої оцінки;
- фактори, що впливають на поведінку, прояснюються через зміну всіх змінних в ситуації і відстеження ситуації;
- залучаються значущі люди з оточення клієнта;
- втручання спирається на науково-дослідні докази ефективності;
- моніторинг процесу проводиться на основі суб'єктивних і об'єктивних показників і порівняння даних цього моменту з фактичною інформацією про ситуацію до втручання;
- соціальні працівники прагнуть до досягнення тих змін у поведінці клієнта, які ним приймаються;
- соціальні працівники допомагають клієнтам перенести зміни поведінки на безліч інших ситуацій і зберігати ці навички після завершення втручання.

Особлива увага приділяється тому, як клієнт вчиться діяти в соціальних ситуаціях, як пізнає способи, використовуючи які інші люди досягають успіху (научіння на прикладах).

Когнітивно-біхевіористичне методи роботи представляють собою терапевтичні процедури, спрямовані на зміну думок і почуттів, а не на зміни поведінки, тому що думки і почуття зараховуються до дій і розглядаються в якості причини інших поведінкових проявів. Відповідно до цього підходу, як і будь-яка поведінка, думки і почуття народжуються чимось ззовні, і тому їх можна змінювати так само, як і поведінку. Дані методи застосовуються в службах психічного здоров'я, та психологічної підтримки клієнтів, які страждають від тривожних і депресивних станів. Їх ефективність легко довести. Психологи та консультанти активно використовують ці методи роботи, тому розуміння їх сутності дуже важливо для соціальних працівників, які входять до складу багатопрофільних бригад психологічної та психотерапевтичної спрямованості.

Когнітивно-біхевіористичне теорії поширені переважно в західних країнах, оскільки в них акцент робиться на здобутки психологічних змін індивідів, а не на вирішенні соціальних проблем, що більш актуально для країн, що розвиваються.

В теорії соціальної роботи під загальною назвою гуманістичних моделей практики, незважаючи на різний філософський фундамент, об'єднуються різні перспективи. В основі цих моделей лежить ідея про те, що людина намагається надати сенс світу, в якому він існує. Соціальні працівники намагаються допомогти людям придбати навички самоизучення і направити їх на пошук особистісного сенсу, спираючись на їх досвід і зовнішній вплив. Гуманістичні моделі побудовані на принципах обґрунтованості та цінності людської інтерпретації власної сутності.

Незважаючи на те, що гуманістичну теорію складно назвати підходом (вона швидше є узагальненою філософською концепцією), так як вона не є способом

визначення специфічної моделі практики, вірі в здатність людини до саморозвитку надається величезне значення в соціальній роботі.

Гуманістичний підхід у психології спирається на поняття "самоактуалізація", введене А. Маслоу. Під самоактуалізацією він розуміє найбільш повне розкриття здібностей і реалізацію потенціалу людини. А. Маслоу розглядає самоактуалізацію як процес, складається з певних поведінкових актів, найбільш важливі з яких пов'язані з переживанням, рішенням завдань на користь особистісного зростання, наданням реальності, прийняттям відповідальності за свої вчинки.

Для цього напряму характерне прагнення пробудити в людей сили внутрішнього зростання, що дозволяють йому самостійно справлятися зі своїми проблемами. Найважливішою потребою особистості є прагнення до самоактуалізації. Реалізація цієї потреби веде до здоров'я і вирішенню соціальних проблем.

В теорії і практиці соціальної роботи людина розглядається як унікальна особистість, що має сформовану R-концепцію і прагне до самореалізації. Соціальний працівник виступає в ролі партнера свого клієнта. Для нього особливе значення представляють можливості пробудження внутрішніх сил особистості.

Вельми корисною в соціальній роботі може бути тілесна терапія Ст. Раиха. Це напрям займається вирішенням психологічних проблем через роботу з тілом. З цієї точки зору будь-яка проблема людини відбивається в його тілі у вигляді м'язових перенапруг (спазми), блокують вільний перебіг по тілу енергії, що забезпечує здорове функціонування особистості і відчуття щастя. Ст. Раух і його послідовники розробили безліч ефективних методів і спеціальних вправ, що сприяють розслабленню "м'язової броні", що призводить до розкріпаченню особистості. Соціальні працівники, які перебувають в умовах постійного емоційного стресу, можуть використовувати ці вправи для зняття перенапруги і підвищення працездатності.

Безліч корисних додатків в соціальній роботі має трансактний аналіз Е. Берна. Він показує значення позитивних контактів між людьми для психологічного здоров'я особистості. Він виділяє три можливі стани "Я" людини: "батьківське", "дорослий" і "дитяче", що дозволяє розглянути трансакції між людьми як взаємодія між їх різними станами. Е. Берн описує психологічні ігри між людьми як часто повторювані серії трансакцій, що мають прихований сенс і перешкоджають чесним і продуктивним контактам. Глобальний вплив на долю людини надають засвоєні в дитинстві сценарії життя, багато в чому визначають "везіння" або "невдалість", той або інший спосіб і стиль поведінки.

У трансактному аналізі розглядаються автономні суб'єкти, здатні керувати своїм життям і вирішувати свої проблеми.

Соціальному працівнику ідея про цילותності людських контактів може дати у руки ключ до вирішення багатьох проблем. Він повинен розпізнавати ігри, в які схильні грати клієнти, розрізняти і розуміти, як задані в дитинстві сценарії життя можуть заводити людини в тупикові ситуації.

Трансактний аналіз Е. Берна, незважаючи на його психоаналітичне походження, часто розглядається в ряду гуманістичних теорій, оскільки в ньому підкреслюється можливість самопізнання через аналіз комунікації та поведінки.

Екзистенційний підхід Ст. Франкла доводить залежність психологічного здоров'я особистості від суто людського прагнення знайти сенс життя. Людина, що втратив сенс життя, страждає від відчуття екзистенціальної порожнечі: на цьому ґрунті виростають неврози і агресія, більшість наркоманів і алкоголіків відчувають це почуття. У той же час кожна людина в будь-яких обставинах може знайти сенс життя, дотримання якого дає відчуття щастя і повноти життя, дає сили пережити важкі випробування і страждання. Допомога людині у пошуку свого унікального сенсу життя Ст. Франкл назвав "логотерапией". Для соціальних працівників важливим є вчення Ст. Франкла про сенс життя і його ролі у подоланні життєвих ситуацій, так як в соціальній роботі доводиться мати справу з людьми, що

знаходяться в кризових ситуаціях. Методи, запропоновані Ст. Франклом, цілком застосовні до вирішення психосоціальних проблем.

Багато хто добре відомі прикладні концепції вважаються гуманістично або екзистенційно орієнтованими. Їх ідеї використовуються повсюдно, наприклад, клієнт-центрована терапія К. Роджерса, гештальттерапія Ф. Перлза та ін.

Психосоціальний підхід - це спосіб зрозуміти особистість клієнта в його взаєминах з навколишнім світом, цілісність "людини в ситуації", тобто психосоціальність. Тому внутрішній світ людини і зовнішню ситуацію, навколишній світ слід розглядати у взаємозв'язку з метою підтримання рівноваги між внутрішньо психічної життям людини та міжсистемними зв'язками, що впливають на його життєдіяльність. Психосоціальний підхід до клієнта дозволяє оптимістично розглядати можливості людини, високо оцінювати його потенціал, здатність до зростання і розвитку, але при наявності відповідних умов, ресурсів і допомоги.

Психосоціальний підхід визнає, що внутрішня психічна життя людини і ті міжсистемні відносини, які впливають на його життєдіяльність, являють собою цілісність "людини - в ситуації". Це означає, що допомога людині є не ситуативної, а успішною тоді, коли високо оцінюється потенціал особистості та її здатність до зростання, зміни, розвитку при наявності певних умов і ресурсів. Допомога передбачає одночасне створення умов, необхідних для повноцінного життя індивіда, і цілеспрямоване використання всіх внутрішніх ресурсів людини, які дозволять йому подолати складну для його життя ситуацію в даний конкретний момент, а також сформулюють у нього позитивний особистісний досвід.

Суть психосоціальної допомоги - надання громадянам кваліфікованої психосоціальної підтримки, зокрема консультування; допомога в конфліктних і психотравмуючих ситуаціях; розширення у клієнтів діапазону соціально і особистісно прийнятних засобів для самостійного вирішення проблем та подолання труднощів; допомога в актуалізації творчих, інтелектуальних, особистісних,

духовних і фізичних ресурсів для виходу з кризового стану; стимулювання самоповаги і впевненості в собі.

На закінчення слід сказати про те, що будь-які методи можуть заподіяти шкоду, якщо вони будуть застосовуватися неправильно. Багато техніки є маніпулятивними, оскільки їх мета прихована від клієнтів. У соціального працівника повинна бути чітка етична позиція, що охороняє право клієнта на самоактуалізацію. Крім того, потрібно зважувати як недоліки методів, так і їх гідності (що справедливо для всіх теорій), обговорювати їх ефективність для кожного випадку.

Ще одне важливе питання, яке слід соціальним працівникам обговорювати, це необхідність відкритості до інших позицій і поглядів, усвідомлення соціальними працівниками власних цінностей, отже, ненав'язування їх клієнтам, а також включення різноманітності в практичну діяльність.

Питання для самоперевірки:

1. Місце психології в системі соціального знання
2. Психосоціальна допомога та психосоціальна робота
3. Значення психологічної теорії для психосоціальної роботи

Література:

1. Ліфарєва Н.В. Психологія особистості: Навчальний посібник. — Київ: Центр навчальної літератури, 2003. - 240 с.
2. Моделювання соціально-психологічних систем: теоретико-прикладний аспект : монографія / В.Й. Бочелюк, Н.Є. Завацька, С.А. Білоусов та ін. ; за ред. В.Й. Бочелюка. – [2-е вид., перероб. і доп.]. – Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2013. – 363 с.
3. Орбан-Лембрік, Л.Е. Соціальна психологія [Текст] / Л.Е.Орбан-Лембрік. – К.: Академвидав, 2003. – 448
4. Соціокультурні та психологічні аспекти адаптації особистості в сучасному соціумі : монографія / Н.Є. Завацька, О.М. Задорожна та ін. – Луганськ: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2012. – 312 с.

Тема 2. Психологія управління в соціальній сфері

2.1. Сутність і зміст психології управління соціальною роботою

Термін "управління" в даний час широко використовується в різних науках, позначаючи функцію, властиву організованим системам. Управляти можна організацією, групою і т. д. В узагальненому вигляді процес управління представляється наступним чином. Управління - спрямований вплив на систему або окремі відбуваються в ній процеси з метою зміни її стану або додання їй нових властивостей і якостей.

Соціальне управління є процес дії людини (суб'єкта управління) на організаційну групу людей або на кого-небудь із цієї групи окремо (об'єкт управління), що спонукає до певних дій для досягнення бажаних результатів.

Соціальна робота є потужним стримуючим засобом соціальних катаклізмів і конфліктів у суспільстві, тим більше ефективним, чим більше ресурсів виділяє суспільство і держава. Зростає значення професійного управління соціальною роботою.

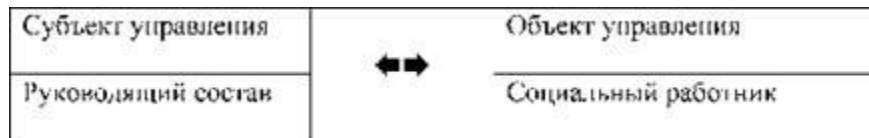
До основних цілей управління соціальною роботою можна віднести наступні:

- збільшення ступеня самостійності клієнтів, їх здатності контролювати своє життя і більш ефективно вирішувати виникаючі проблеми;
- створення умов, в яких клієнти можуть в максимальній мірі проявити свої можливості;
- адаптації та реадaptaція людей у суспільстві;
- створення умов, при яких людина, незважаючи на важку життєву ситуацію (фізичне каліцтво, душевний зрив, життєвий криза та ін.), може жити, зберігаючи почуття власної гідності і повагу до себе з боку оточуючих.

Управління соціальною роботою спрямоване на ефективне регулювання соціального становища всіх учасників суспільного життя та на забезпечення їх гідного, цивілізованого існування.

Об'єктами управління в соціальній роботі є соціальні працівники, співробітники служб та установ соціального захисту, а також вся система взаємовідносин, що складаються між людьми при наданні соціальної допомоги населенню.

Суб'єктами управління є керівний склад служб та установ соціального захисту і формуються ними органи управління, наділені управлінськими функціями (рис. 1).



У соціальній роботі описано, як взаємодіє між собою суб'єкт і об'єкт управління в будь-якій соціальній організації по каналах прямого і зворотного зв'язку. По прямому каналу зв'язку передається управлінська інформація (управлінські впливи) від суб'єкта управління до об'єкта управління. По каналу зворотного зв'язку від об'єкта управління до суб'єкта управління передається інформація про результати діяльності та стан об'єкта управління. Суб'єкт управління, об'єкт управління та існуючі між ними різноманітні зв'язки складають систему управління по наданню соціальної допомоги населенню.

В управлінні соціальною роботою всі напрямки її діяльності розглядаються в комплексі економічних і соціокультурних завдань, які передбачають:

- конкретну соціальний захист певних категорій населення;
 - профілактику соціальних хвороб у соціальній роботі;
 - сприяння саморозвитку особистості, реалізації її творчого потенціалу, здібностей, задатків, активізації зусиль клієнтів щодо вирішення власних проблем;
 - пріоритетність сфер - сім'ї, будинку; необхідно спрямовувати зусилля соціальних інститутів, установ зміцнення сім'ї, її потенціалу, нормалізацію стосунків у сім'ї;
- торговельне і побутове обслуговування пільгових категорій населення;
 - розвиток об'єктів та інфраструктури соціального захисту населення;
 - ранню професійну орієнтацію соціальних працівників.

Специфіка управління в соціальній роботі має кілька особливостей.

По-перше, персонал установи спеціалізується на наданні клієнтам певного набору послуг.

По-друге, в установах соціального захисту більшу частину персоналу складають жінки, включаючи перших осіб (директорів) та керівників підрозділів.

Для будь-якого жіночого колективу, незалежно від його чисельності, характерні такі риси, як:

- емоційне забарвлення взаємовідносин;
- "функціональна здвоєння", тобто виконання службових і сімейних зобов'язань;
- різнобічне обговорення конфліктів, подій; втрата нейтральної позиції;
- підвищена емоційна чутливість до взаємин у колективі; емоційна включеність у роботі з клієнтами.

По-третє, працівники установ соціального захисту у своїй діяльності мають практику роботи зі скаргами, які надходять від клієнтів.

2.2. Функції управління

Виділяється п'ять класичних функцій управління: цілепокладання, планування, організація, стимулювання, контроль.

Функція цілепокладання полягає у визначенні перспективних напрямів розвитку організації і постановці відповідних цілей. Це одна із самих найперших і відповідальних управлінських функцій. Неправильність вибору провідної мети зводить нанівець усі наступні зусилля. Тому наявність перспективного бачення та успішність виконання керівником функції цілепокладання відрізняє успішного керівника.

Функція планування полягає у виборі шляхів, засобів і розробки відповідних заходів щодо досягнення поставлених цілей. При цьому загальний план повинен відповідати кільком критеріям:

- 1) цілісність - він повинен узгоджуватися і підтримуватися планами окремих організаційних структур;

2) безперервність - плановані дії повинні розглядатися як елементи безперервного ходу діяльності і розвитку;

3) гнучкість - можливість реагування на непередбачені обставини;

4) точність - він повинен максимально детально та точно визначати ступінь і форму участі кожного суб'єкта в загальній справі.

Функція організації полягає в об'єднанні людей, ідей і процесів у системне ціле і вибудовування цілеспрямованого взаємодії елементів цієї системи для вирішення поставлених завдань у конкретних умовах і в певні терміни.

Коли поставлена мета, завдання визначені і затверджені плани, необхідно забезпечити їх доведення (і чітко роз'яснення) до всіх виконавців, а також регламентувати необхідні внутрішньоорганізаційні відносини між виконавцями.

Функції стимулювання (мотивування) включають в себе розробку і використання стимулів до досягнення цілей та до ефективної взаємодії суб'єктів спільної діяльності. Коли поставлені завдання, засоби і ресурси визначені та забезпечені, кожен виконавець знає що, як і коли йому робити, то значно підвищити результативність діяльності може ефективне мотивування співробітників.

При здійсненні даної функції рекомендується дотримувати наступні умови:

- забезпечити залежність величини стимулу від конкретного внеску підлеглого у загальну справу;
- дотримуватися єдності інтересів підлеглого, організації та суспільства в цілому;
- у процесі стимулювання розумно поєднувати матеріальні та нематеріальні стимули та ін.

Функція контролю реалізується за допомогою обліку, аналізу і коректування діяльності організації в напрямку досягнення поставлених цілей. Зміст цієї функції включає комплексне вивчення діяльності і передбачає:

- спостереження за ходом, динамікою і закономірностями розвитку процесів у керованій системі;
- порівняння її параметрів із заданою програмою функціонування ;

- кількісну та якісну оцінку ефективності діяльності;
- виявлення відхилень, "вузьких місць" у розвитку системи;
- виявлення причин сформованого стану;
- визначення найбільш доцільних шляхів відновлення працездатності системи.

Функція контролю означає оцінку результативності діяльності порівняно з бажаним результатом. Якщо результат не влаштовує, то необхідно виявити помилку у виконанні попередніх функцій і усунути її.

Фахівець із соціальної роботи - посада універсальна, над ним є керівники різного рівня, поруч з ним працюють колеги різного профілю. Особливість діяльності фахівця з соціальної роботи полягає в багатопрофільності діяльності і включає в себе управлінські функції, так як він не просто виконує доручення начальства, а сам планує, організовує, координує, мотивує і здійснює самоконтроль своєї діяльності. Тому знання основ менеджменту, психології управління є важливою складовою частиною його професійних компетенцій.

2.3. Психологічні принципи управління в соціальній сфері

Ефективне управління в соціальній сфері має будуватися відповідно природним закономірностям і процесів.

З психологічної точки зору принципи управління, якими керується у професійній діяльності конкретний керівник, спеціаліст з соціальної роботи, є її базовими переконаннями, сформованими в процесі особистого досвіду і зумовлюють його індивідуальний стиль управління, особливості прийняття управлінських рішень.

Для ефективної діяльності в закладі соціального захисту керівнику, фахівцям необхідно займатися самоосвітою, вдосконалюватися, читати періодичні видання і постійно прагнути до пізнання.

1.4. Особливості організаційного лідерства та керівництва

Термін "лідерство" (leadership) походить від англійського дієслова "lead", що означає "вести". Якщо поняття лідерства сягає своїм корінням у відання, значить, є ведучий, тобто лідер, і є ведені - ті, хто слідує за лідером. Будь-широко відомий в історії лідер володіє навичками бачення.

Лідер вміє формувати події, виходячи зі свого бачення, і одночасно є стимулом для інших людей, для яких ці події стають значущими.

Проблема психології лідерства має солідну традицію дослідження. Емпіричне вивчення лідерства почалося досить давно. Перші кроки в цьому напрямку були зроблені американськими вченими ще на зорі ХХ ст. Проте його структурний аспект привернув увагу дослідників лише в 1950-і рр., коли були виділені дві фундаментальні лідерські ролі: роль ділового (інструментального) лідера і роль експресивного (соціально-емоційного) лідера, а сам факт їх наявності отримав назву феномена рольової диференціації лідерства. Ці ролі зв'язані з різними аспектами групового функціонування: роль інструментального лідера включає дії, спрямовані переважно на рішення представлених перед групою завдань, а роль емоційного лідера припускає дії, що відносяться в основному до сфери внутрішньої інтеграції групи.

В ході вивчення проблеми лідерства вченими було запропоновано багато різних визначень даного поняття. Лідерство розглядається як вплив на групи людей, який спонукає їх до досягнення спільної мети, як міжособова взаємодія, яке проявляється в певній ситуації за допомогою комунікаційного процесу і направлене на досягнення специфічної мети або цілей. У будь-якому випадку, лідерство пов'язане з впливом на людей, що переслідують досягнення спільної мети.

В управлінні лідерство розглядають як здатність чинити вплив на окремі особистості та групи, спрямовуючи їх зусилля на досягнення цілей організації.

Теорія лідерських якостей є найбільш раннім підходом до вивчення і пояснення лідерства. Дослідники намагалися виявити ті якості, які відрізняють "видатних людей" в історії від мас. Передбачалося, що лідери мають якийсь

унікальний набір досить стійких і не змінюються у часі якостей. Виходячи з цього підходу, вчені намагалися визначити лідерські якості, навчитися вимірювати їх і використовувати для виявлення лідера.

До таких якостей вчені відносять:

- управління увагою, або здатність так уявити сутність результату або результату, мети або напрямки руху/дій, щоб це було привабливим для послідовників;
- управління значенням, або здатність так передати значення створеного образу, ідеї чи бачення, щоб вони були зрозумілі і прийняті послідовниками;
- управління довірою, або здатність побудувати свою діяльність з такою постійністю і послідовністю, щоб отримати повну довіру підлеглих;
- управління собою, або здатність настільки добре знати і своєчасно визнавати свої сильні і слабкі сторони, щоб для підсилення своїх слабких сторін вміло залучати інші ресурси, включаючи ресурси інших людей.

Подальше вивчення привело до виділення чотирьох груп лідерських якостей: фізіологічні, психологічні чи емоціональні, розумові чи інтелектуальні та особистісні ділові.

До фізіологічних відносять такі якості людини, як зріст, вага, статура, або статура, зовнішній вигляд чи показність, енергійність рухів та стан здоров'я. Ті, хто ще вірить в пріоритет фізіологічних якостей, покладаються в своєму судженні в значній мірі на використання сили в занятті лідерської позиції, що не є характерним для ефективного лідерства.

Психологічні, або емоційні якості проявляються на практиці головним чином через характер людини. Вони мають як спадкоємну, так і виховну основи. Вивчення їх взаємозв'язку з лідерством призвело до появи довгого списку цих якостей. Більшість з них так і не отримало підтвердження практикою своєї зв'язку з лідерством.

Вивчення розумових, чи інтелектуальних якостей і їх зв'язки з лідерством проводилось багатьма вченими, і в загальному їх результати співпадають в тому, що рівень цих якостей у лідерів вище, ніж у не лідерів. Успіх лідера багато в чому залежить від його здібностей і вміння вирішувати проблеми та приймати правильні рішення.

Особистісні ділові якості носять в більшій мірі характер набутих та розвинутих у лідера навичок та вмінь у виконанні своїх функцій. Їх значимість для успіху зростає за рівнями організаційної ієрархії. Проте точне їх вимірювання утруднено.

Були виділені якості лідерів, які вимагаються керівнику:

- здатність викликати повагу і вселяти довіру;
- чесність;
- скромна поведінка;
- вміння слухати;
- неупередженість;
- навик поводження з людьми;
- чутливість до ситуації;
- ініціатива;
- вміння робити висновки;
- ефективне вирішення проблем;
- розробка стратегій;
- встановлення пріоритетів;
- інтуїція;
- терпимість до різних точок зору;
- гнучкість і пристосовність;
- здатність приймати правильні та своєчасні рішення;
- вміння мотивувати людей.

Даний підхід, який вивчає лідерські якості, послужив поштовхом до виникнення й розвитку інших концепцій лідерства і виявився надійним стримуючим засобом переоцінки поведінкових і ситуаційних основ лідерства.

Концепція лідерської поведінки припускає можливість підготовки лідерів по спеціально розробленим програмам. К. Левін провів дослідження, в якому порівнював ефект від використання трьох лідерських стилів: авторитарного, демократичного і пасивного. Результати цього дослідження спростували думки вчених, чекали найвищої задоволеності і продуктивності від демократичного стилю керівництва. Більш пізні дослідження також підтвердили факт, що демократичний стиль не завжди є найбільш продуктивним.

Концепція "винагороди і покарання" лідерської поведінки заснована на положеннях теорії про закріплення поведінки, суть якої зводиться до наступного: якщо людина бачить, що його поведінка приводить до сприятливих наслідків, то він прагне повторювати дану поведінку, якщо ж наслідки виявляються негативними, то бажання вести себе і далі таким же чином буде істотно знижений. У даній концепції лідер розглядається в якості людини, що керує процесом зміни поведінки підлеглих у бажаному напрямку. На практиці винагорода за досягнутий рівень виконання роботи призводить до перевищення працівником звичайного рівня докладених ним зусиль і перевищення одержуваного ним задоволення від роботи. Покарання за неадекватний рівень виконання роботи, так само як і винагороду без урахування рівня виконання роботи, по-різному впливає як на прикладені зусилля, так і на одержуване від роботи задоволення. І нарешті, покарання без урахування рівня виконання роботи найчастіше негативно відбивається на якості роботи і задоволеності працівника.

2.5. Лідерство, засноване на дії

Ефективні лідери команд приділяють увагу трьом головним чинникам:

- задачі або того, чого треба досягти;
- цілям і потребам команди у розвитку;

- цілям і потребам у розвитку окремих членів команди.

Лідер повинен досягати успіху в трьох функціональних областях:

- завдання: постановка цілей, планування, розподіл роботи і ресурсів, моніторинг і контроль прогресу;
- команда: кроки по інтеграції зусиль, заохочення кооперації членів команди, розвиток командного духу, дозвіл конфліктів;
- індивід: передача певних проєктів, підготовка, навчання, консультації, оцінка та забезпечення індивідуального зворотного зв'язку.

Ця модель була прийнята за основу для низки успішних корпоративних програм, в яких вона підтримує навчальні заходи для забезпечення збалансованого лідерства, а також служить для розвитку спектру навичок, необхідних для виконання необхідних дій у всіх трьох ключових областях.

Розглянуті концепції свідчать про те, що лідерами стають, а не народжуються. Лідерська поведінка може бути розвинена і покращена за допомогою навчання та спеціальної підготовки. Знання цього, в свою чергу, допомагає розробити і провести такі програми підготовки керівників, які розвивають певні лідерські навички та вміння.

Згідно концепції ситуаційного лідерства ефективність лідера залежить від того, наскільки він орієнтований на завдання або на відносини, так і від того, якою мірою контролює групу і реалізує свій вплив на неї. Лідерів можна розділити на два великих типи. Представники першого орієнтовані головним чином на завдання, другого - на взаємини.

Лідер, орієнтований на завдання, більше стурбований тим, щоб робота була зроблена як слід. Взаємини і почуття працівників його не цікавлять. Потенційні переваги такого стилю - це швидкість ухвалення рішень, підлеглих спільної мети, суворий контроль над підлеглими.

Лідер, орієнтований на взаємини, в першу чергу цікавиться тим, які почуття і взаємини виникають у середовищі працівників. Він прагне підвищити ефективність

праці шляхом поліпшення людських відносин: заохочує взаємодопомогу, дозволяє підлеглим брати участь у виробленні важливих рішень, враховує настрій і потреби працівників і т. д.

Жоден з цих двох типів лідера не є ефективніше іншого. Все залежить від обставин і від характеру ситуації, а саме від того, яка ступінь контролю лідера і його впливу серед членів групи. В ситуації високого контролю у лідера прекрасні міжособистісні відносини з підлеглими, його положення в групі беззаперечно визнається як впливове і чільне, а робота, яку виконує група, добре структурована і чітко визначена. У ситуації низької контролю у лідера погані взаємини з підлеглими, і завдання роботи, яку має виконати група, визначені неясно.

Лідери, орієнтовані на завдання, найефективніші у ситуаціях або з дуже високим або дуже низьким контролем. У випадку дуже високого контролю лідер, концентрується тільки на виконання завдання, домагається найкращих результатів. Коли контроль ситуації дуже низький, лідера, орієнтованого на завдання, краще вдається організувати ситуацію. Використовуючи свої повноваження, він з допомогою наказів і дисциплінарних стягнень може внести хоч якийсь порядок в заплутану і невизначену робочу обстановку. Однак необхідно враховувати, що орієнтація на задачу і диктаторство (або образу підлеглих) - це не одне і те ж.

У ситуаціях середнього ступеня контролю найбільш ефективними є лідери, орієнтовані на взаємини.

Концепція атрибутивного лідерства (причинно-наслідковий підхід) спирається на теорію атрибуції, що пояснює причинно-наслідковий зв'язок між тим, що сталося, і тим, що люди вважають причиною того, що сталося. Спостерігаючи за роботою підлеглих, лідер отримує інформацію про те, як вона виконується. В залежності від цього він робить висновки про поведінку кожного з працівників і вибирає стиль своєї поведінки таким чином, щоб адекватно реагувати на поведінку підлеглого. Підхід передбачає, що знання причин, які створили ситуацію, посилює лідерське розуміння і здатність передбачити реакцію людей на ситуацію. При цьому

враховується те, що в більшості випадків лідер не має можливості безпосередньо спостерігати за роботою підлеглого.

Згідно даного підходу лідер головним чином відіграє роль інформаційного процесора. Він веде пошук інформаційних підказок, що допомагають йому відповісти на питання, чому те чи інше відбувається. Знайдене таким чином пояснення причин направляє його лідерське поведінку.

Дослідження показали, що в рамках даної моделі відбувається не просто вплив лідера на поведінку підлеглого, а взаємодія між лідером і підлеглим, тобто підлеглий своєю реакцією на заходи керівника впливає на подальшу поведінку останнього.

Керівник організації - людина, яка ефективно управляє своїми підлеглими. Його мета-впливати на інших таким чином, щоб вони виконували роботу, доручену організації. Слово "керівник" має кілька значень:

- перше значення - вид професійної діяльності, яка вимагає від людини необхідних знань, умінь і навичок по керівництву (управління) людьми;
- друге значення- показник ієрархії в структурі чи організації. Ця характеристика включає в себе статусну позицію в організації;
- третє значення - особа, яка є для кого-то наставником, надає допомогу в освоєнні будь-якої професії, роботи.

Співвідношення понять "керівник" і "лідер":

"Керівник-лідер". Керівник може бути і лідером. Керівник одночасно є формальним (за посадою) і неформальний (сприйняття підлеглими) лідером. В цьому випадку керівник має як формальним, так і неформальним авторитетом.

"Керівник-формальний лідер". Формальним лідером виступає керівник, а неформальним - хтось із працівників. Лідер - це працівник, який користується авторитетом серед членів організації та здатний чинити на них певний вплив для активізації ефективної групової діяльності або при вирішенні конфліктних ситуацій.

Важливою ознакою професійної діяльності керівників вважається наділення їх правами і владою. Влада позначається як можливість впливати на поведінку людини, групи, колективу, суспільства. Влада може бути формальною і неформальною. Вплив можна визначити як дії керівника, які вносять зміни в поведінку, відносини працівника і колективу в цілому.

Професійно важливі якості ефективного керівника:

- самостійно приймати рішення;
- об'єднувати людей;
- працювати в команді;
- планувати діяльність;
- використовувати різні методи мотивації підлеглих,
- критично оцінювати власну поведінку;
- давати конструктивну зворотний зв'язок;
- бути відкритим співробітництва;
- орієнтувати діяльність на цілі та інтереси установи;
- мати авторитет у колективі.

Неефективний керівник характеризується замкнутістю, небажанням ділитися досвідом і працювати в команді, пасивністю, а також нездатністю приймати самостійні рішення.

Сучасний керівник повинен володіти необхідною інформацією, вміти фільтрувати інформаційні потоки, виділяти головне, відслідковувати потрібні зв'язки, виділяти ключові елементи і розраховувати потрібні точки опори і впливу, а також вміти бачити межі різних систем і вміти виходити за їх межі, тобто володіти навичками системного мислення.

Проблеми лідерства є ключовими для досягнення організаційної ефективності. Лідерство являє собою специфічний тип управлінської взаємодії,

заснований на найбільш ефективному поєднанні різних джерел влади і спрямований на спонукання людей до досягнення загальних цілей.

2.6. Командоутворення не в діяльності соціозащитного установи

На сьогоднішній день фактично відсутні психосоціальні працівники. Фахівці з соціальної роботи недостатньо компетентні психологічно, а психологи і психотерапевти мало знають про соціальну роботу. Тому для ефективності психосоціальної діяльності необхідно об'єднати фахівців трьох профілів: психологів, психотерапевтів та фахівців із соціальної роботи. Завдяки цьому одночасно здійснюється і соціальний, і психологічний патронаж. Таким чином, складається російська модель психосоціальної роботи, де командна робота є ключовим елементом у розвитку галузі.

Отже, команда-це група, що складається із співробітників різних функціональних відділів або областей відповідальності, часто з різних ієрархічних рівнів організації.

Команда розглядається як група взаємодоповнюючих та взаємозамінних людей в ході досягнення поставлених цілей. Команда - це особлива форма організації людей, заснована на продуманому позиціонуванні учасників, що мають загальне бачення ситуації та стратегічних цілей і володіють відпрацьованими процедурами взаємодії.

Характеристики команди

- наявність спільного бачення;
- рольове та функціональне позиціонування;
- здатність швидко реагувати на зміни;
- почуття приналежності до команди;
- здатність мотивувати членів команди до певних дій;
- налагоджені процеси комунікації.

Командоутворення розуміється як процес цілеспрямованого формування особливого способу взаємодії людей в організаційній групі, що дозволяє ефективно реалізувати їх енергетичний, інтелектуальний і творчий потенціали згідно стратегічним цілям організації.

Проблема ефективної командної взаємодії розглядається на трьох рівнях:

- 1) рівні особистості (уявлення про команду та її характеристики, ролі кожного члена в командній взаємодії);
- 2) рівні групи (команди та особливостей її функціонування);
- 3) рівні організації (результативності діяльності команди для організації в цілому).

Коли говорять про командний дух, насамперед мають на увазі відданість команді (організації) та ідентифікацію з нею. Це те особливого "ми-почуття", почуття приналежності підрозділу, організації або робочій групі, яка забезпечує людині підвищення самооцінки, пов'язаний з усвідомленням себе пов'язаним з чимось позитивним і чимось більшим, ніж він міг бути сам по собі.

Прихильність співробітника організації найчастіше визначається як: сильне бажання залишитися членом цієї команди (організації); бажання докладати максимальні зусилля в інтересах даної команди (організації); тверда переконаність в корпоративних цінностях і прийнятті цілей даної команди (організації). Прихильність - це психологічний стан, який характеризує взаємозв'язок команди і її члена і пов'язане з рішенням з приводу того, продовжувати чи ні членство в команді.

Поняття лояльності лише частково перетинається з поняттям прихильності. Можна бути нелояльним своїй команді (в сенсі неприйняття або недотримання норм і правил), але довго залишатися в ній. Або, навпаки, можна бути високолояльним нормам і правилам команди, але з тих чи інших причин прагнути вийти з неї.

Абсолютно по-новому проблема приналежності команді і організації розкривається при аналізі поняття ідентичності. Соціальна ідентичність - це

самовизначення людиною себе як члена тієї або іншої групи. Член команди ідентифікує себе з кількома групами: з функціональним підрозділом, проектними групами, організацією в цілому або частиною цієї організації.

В якості найважливіших організаційних факторів, що впливають на прихильність, розглядаються:

- можливості, які створені в команді для задоволення основних потреб її членів;
- рівень робочого стресу;
- ступінь інформованості;
- ступінь залученості до прийняття рішень.

Крім того, встановлено, що навіть зовнішні фактори, такі як наявність альтернатив після прийняття рішення про вступ в команду, також впливають на подальшу прихильність. Прихильність співробітників команді виникає в процесі взаємодії індивідуальних відмінностей (вік і стать), змістовних психологічних відмінностей (потреби і цінності), а також аспектів конкретної робочої ситуації (характер роботи).

Командна робота (Teamwork) - це цілеспрямована спільна робота спеціалістів, які вирішують загальну задачу на основі інтеграції знань в різних професійних галузях за правилами, виробленими спільно. Її ефективність багато в чому залежить від того, наскільки кожний член групи усвідомлює свої завдання і цілі групи в цілому, вносить свій внесок в їх досягнення, підтримує зусилля своїх колег.

Найбільш важливими для успішного командоутворення вважається визначення способів розподілу командних ролей і безпосередньо пов'язана з цим оцінка особистісних особливостей членів команди для вибудовування ефективних композицій. При роботі в команді люди об'єднують свої компетенції, уміння, що дозволяє справитися з завданням, виконати яку не під силу окремій людині. Відмінність здібностей, особливостей виконання робочих завдань призводить до того, що в команді можна помітити досить чітку рольову диференціацію. Для того

щоб команда була успішною, вона повинна мати збалансованим рольовим складом. Якщо команді не вистачає виконавця якої-небудь певної ролі, вона буде працювати менш ефективно. Відповідно, цю функцію на себе має взяти хтось інший.

Розглянемо концепцію командних ролей Р. М. Белбина, де основною ідеєю є те, що при побудові команди в першу чергу треба враховувати не знання учасника, а модель поведінки, яку він буде демонструвати в команді. Командні ролі - це кластери поведінки, а не окремі риси характеру або особливості діяльності.

Командні ролі:

Реалізатор - перетворює ідеї в практичні справи. Характеризується як дисциплінований, надійний, передбачливий, консервативний, виконавчий. Володіє вираженими організаторськими здібностями. Практичний. Недостатньо гнучкий, несприйнятливий до неперевіреними ідеям.

Контролер - доводить діяльність до продукту, рятує команду від помилок, прагне отримати найкращий результат з можливих. Це організований, сумлінний, емоційно нестійкий людина, що добивається досконалості в усьому з тенденцією занепокоєння з приводу дрібниць.

Ведучий - розподіляє завдання, знає, коли делегувати відповідальність в групу, а коли взяти на себе. За характером спокійний, упевнений у собі, керований, здатний без упередження оцінювати достоїнства всіх пропозицій, мотивований на досягнення цілей.

Мотиватор - виступає як призвідник заходів, постійно тягне команду за собою, використовує різноманітні підходи до справи. Характеризується як чуйний, динамічний, схильний до невдоволення, роздратованості і нетерпінню.

Аналітик - прихильний кращої ідеї, а не власної, здатний оцінити конкуруючі пропозиції. Він розумний, передбачливий, стратегічно мислить. Йому властиві розсудливість, проникливість, хороші розумові здібності, не вміє мотивувати інших.

Генератор ідей - висуває нові ідеї, шляхи вирішення поставленої задачі. Він індивідуаліст, креативний, талановитий, спрямований до творчості, недооцінює практичні деталі.

Гармонізатор - розряджає обстановку, згладжує протиріччя між "важкими" особистостями і допомагає їм конструктивно співіснувати в одній команді, спрямовуючи їх у конструктивне русло. Соціально орієнтований, спокійний, чутливий, здатний нести відповідальність за людей і відповідати за ситуацію, створювати і підтримувати командний дух.

Дослідник - виявляє нове у зовнішньому середовищі: ідеї, ресурси. Налагоджує корисні зовнішні контакти і проводить переговори. Екстраверт, захоплений, допитлива, товариська, добре контактує з людьми і розробляє щось нове. Втрачає інтерес до роботи, коли відбувається її первісну привабливість.

Відсутність будь-якої з основних ролей означає, що відповідна ланка дослідного процесу або взагалі випадає, або сильно урізується: організації не вистачає інформації, свіжих ідей або критичності, що перешкоджає повноцінному розвитку. Чим вище рольове розмаїття групи, тим вона ефективніше.

Керівництво є ключовим фактором командоутворення, впливає через такі фактори, як розвиток та узгодженість цілей команди, фактор міжособистісних відносин і командних ролей, фактор вирішення проблем.

В процесі командоутворення команда проходить через п'ять стадій розвитку (табл. 2). На певних етапах командоутворення домінують конкретні групові процеси.

Стадії розвитку команди

Черговість стадії	Назва стадії	Груповий процес
1 стадія	"Робоча група"	Координація
2 стадія	"Псевдокоманда"	Координація та когнітивні професії

3 стадія	"Потенційна команда"	Координація та емоційні, Мотиваційні процеси Мотиваційні процеси
4 стадія	"Реальна команда"	
5 стадія команда"	"Высокоэффективная команда"	

Командна взаємодія формується поетапно. Диадний характер взаємодії активно розгортається на початкових етапах командоутворення як природного процесу групового розвитку ("робоча група", "псевдокоманда", "потенційна команда"). На командному рівні розвитку ("реальна команда" і "високоєфективна команда") домінує групове взаємодія, яке розвивається з моменту початку життєдіяльності групи.

Основними принципами командної взаємодії повинні бути:

- єдина історія хвороби (персональна картка);
- функціональний діагноз (три площини - клінічна, психологічна, соціальна);
- індивідуальна реабілітаційна програма (план);
- робочі зустрічі команди.

Як може працювати команда в соціозащитном установі? На прикладі роботи з сім'єю дитини-інваліда буде представлена командна програма допомоги.

У процесі роботи з сім'єю дитини-інваліда необхідно підготувати "Індивідуальну програму допомоги". Це документ, який створюється спільно фахівцями і родиною, це плід спільної діяльності команди, яка буде здійснювати допомогу цій родині.

Оскільки програма будується на основі пріоритетів, ресурсів і потреб сім'ї та дитини, спрямована на розвиток дитини, включає всі розвиваючі дії в повсякденне життя сім'ї - всі завдання, що містяться в програмі, повинні бути важливими для сім'ї.

Програма допомоги повинна мати чітко визначені завдання, які є сімейно-центрикованими, функціональними (досягнення завдання дозволяє полегшити стан дитини) і вимірними. Допомога у відповідності з цілями абілітації повинна бути спрямована:

- на нормалізацію життя дитини в сім'ї;
- максимальне можливе розвиток і підтримку функціональних здібностей дитини в відповідності з його можливостями, протидія розвитку залежностей;
- утворення і підтримку сім'ї.

Перший крок у складанні "Індивідуальної програми допомоги" - обговорення результатів поглибленої комплексної оцінки. Описується рівень розвитку дитини у всіх областях.

Другий крок - спільне з сім'єю визначення завдань допомоги. Під час попередньої роботи психологи інші фахівці визначили пріоритети сім'ї, її очікування від допомоги професіоналів, її ресурси, труднощі, які є в повсякденному житті сім'ї, те, якими навичками вони хотіли б, щоб опанував їх дитина.

Складання списку проблем - це ключова точка планування програми допомоги дитині та її сім'ї, так як це сформульований результат оцінки фахівців, на основі якої формуються цілі втручання. У список проблем включається те, на що буде спрямовано втручання. Цей список може включати в себе не всі порушення, обмеження активності або обмеження участі, виявлені в ході оцінки. У клієнта може бути виявлено багато порушень, і фахівцям необхідно зрозуміти обсяг втручання, так як спроби вирішити занадто велика кількість проблем зазвичай бувають неефективними. З іншого боку, частина порушень, виявлених у дитини, можуть носити постійний статистичний характер, і безглуздо включати ці порушення в список, адже проблему все одно не вдасться вирішити в ході втручання. Плануючи

програму допомоги, фахівці вносять проблеми в список в порядку їх важливості для клієнта і для ефективності всього втручання в цілому.

Психолог, фахівці і батьки обговорюють і формулюють пріоритетні завдання розвитку дитини.

Можуть бути випадки, коли родина просить поставити завдання, відмінні від тих, які фахівець вважає реальними та придатними. Якщо батьки висувають складний, неясно сформульований запит (наприклад: загальний розвиток дитини, навчити дитину ходити), то психолог повинен допомогти батькам більш чітко сформулювати запит, конкретизувати область (або області) розвитку або розбити його на більш дрібні запити.

Необхідно пам'ятати, що завдання, поставлені в програмі, повинні сприяти нормалізації життя дитини і сім'ї і підвищувати незалежність дитини, її самостійність.

Третій крок - планування очікуваних результатів. Поставивши завдання, необхідно визначити, які очікувані результати, які будуть досягнуті в ході реалізації програми. Очікуваних результатів може бути кілька, але кожен з них повинен містити одне зміна або навик, яким опанує дитина, тобто очікуваний результат описує майбутнє стан дитини чи сім'ї.

Очікувані результати повинні бути:

- конкретними - описувати конкретно, чому навчиться дитина або сім'я, який навик придбають, що зможуть зробити самостійно;
- вимірюваними - результат можна буде виміряти або кількісно або якісно;
- досяжними - очікуваний результат повинен бути реалістичним;
- відповідними - очікуваний результат повинен відповідати, співвідноситися і впливати з поставленого завдання;
- обмеженими в часі - необхідно вказати, через який проміжок часу буде досягнутий очікуваний результат.

Для майбутньої оцінки ефективності побудованої програми необхідно розробити критерії, що дозволяють судити про досягнення запланованих результатів.

Четвертий крок - це вибір послуг, які найбільш повно відповідають завданням, поставленим сім'єю і фахівцями. Сім'я спільно з фахівцями обговорює і вибирає із запропонованого списку ті послуги, які спрямовані на реалізацію завдань програми допомоги сім'ї (послуги фізичного терапевта, психолога, дефектолога, "групи батьківської взаємодопомоги" тощо).

П'ятий крок - визначення того, як програма буде виконуватися. Необхідно обговорити, як часто сім'я буде зустрічатися з фахівцями, в які дні тижня це буде відбуватися, в який час, яка тривалість і який зміст зустрічей.

Шостий крок - у програмі необхідно визначити, як буде відбуватися оцінка прогресу, що дозволяє судити про ефективність програми.

Можна проводити оцінку один раз в три місяці. Тобто на одній з індивідуальних зустрічей з сім'єю фахівці обговорюють, які завдання стояли перед ними, яких результатів вони очікували, і відповідно з вже визначеними критеріями оцінюють, чи досягли вони цих результатів.

Отримати інформацію для оцінки можна на основі:

- перегляду відеозаписів;
- аналізу результатів повторного анкетування;
- спостереження за дитиною;
- щоденникових записів мами;
- розповідей батьків і т. д.

Регулярна оцінка прогресу досягнення дозволяє достовірно побачити, чи є реальний прогрес в досягненнях дитини та сім'ї, дійсно обрані стратегії і види діяльності покращують функціонування і розвиток дитини, є необхідність у зміні програми.

Сьомий крок- завершенням складання програми є підписання її батьками та фахівцями.

Складаючи програму, краще розробляти її з родиною, використовуючи ті засоби, способи, прийоми розвитку дитини, за допомогою яких батьки і дитина природно взаємодіють. Способи і прийоми розвитку, які за їхнім характером або інтенсивності перенапрягають батька та дитини, не будуть допомагати батькам розвивати їх малюка. Методи, які є надмірно дидактичними або нав'язаними сім'ї, не будуть нею користуватися. Навпаки, батьківські освітні підходи, засновані на спосіб життя родини або адаптовані до нього, будуть найбільш ефективні.

Феномен командоутворення- це управлінський процес, який носить творчий і конструктивний характер. Якщо керівнику-лідеру вдалося створити команду, то ця організація володіє командним духом, який сприяє індивідуальному та колективному творчості, соціальної згуртованості, самовизначення особистості в колективі, задоволеності міжособистісними відносинами, командної ідентифікації і розвитку якостей соціально-партнерських відносин.

2.7. Зворотний зв'язок з клієнтом - інструмент психосоціальної роботи

Соціальні послуги є компонентами, на основі яких будується соціальна робота. Працівник соціальної служби і клієнт взаємодіють за допомогою надання та отримання спектру послуг. Згідно із Законом від 9.07.2008 р. № 34 міста Москви "Про соціальному обслуговуванні населення міста Москви" клієнт соціальної служби (клієнт) - це громадянин, який перебуває у важкій життєвій ситуації соціально небезпечному положенні, яким у зв'язку з цим надаються послуги соціального обслуговування. Працівник соціальної служби - працівник державних установ соціального обслуговування.

Соціальна послуга - це дії соціальної служби, які полягають у наданні соціальної допомоги клієнту для подолання їм важкій життєвій ситуації (ГОСТ Р 52495-2005).

При цьому клієнт не є пасивним споживачем послуг. Саме поняття "клієнт" передбачає процес споживання послуг і означає, що клієнт оцінює якість надання послуг і впливає на соціального працівника з метою коригування та поліпшення надання послуг (рис. 2).

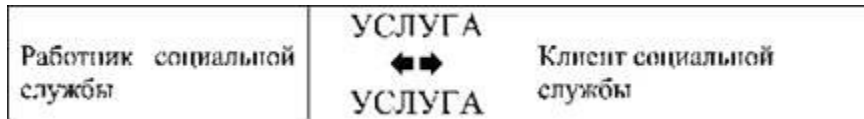


Рис. 2. Взаємодія працівника і клієнта соціальної служби при наданні послуг

Послуги соціального обслуговування, які полягають в наданні державними установами соціального обслуговування допомоги клієнту для подолання їм соціально небезпечного становища або важкій життєвій ситуації, поділяються на такі види:

- соціально-економічні;
- соціально-медичні;
- соціально-психологічні;
- соціально-педагогічні;
- соціально-побутові;
- культурно-дозвіллієві;
- послуги соціально-правової допомоги;

- консультивання;
- соціальний супровід;
- соціальна реабілітація.

Оцінка якості соціальних послуг носить суб'єктивний характер, результати роботи установ соціальної сфери оцінюються в основному через кількісні

показники - кількість клієнтів, що знаходяться на обслуговуванні, обсяг наданої допомоги (продуктової, речовий), освоєні або не освоєні бюджетні кошти і тд.

Людей, які висловили невдоволення, вважають кривдниками, кляузниками, яким більше нема чого робити. А адже насправді скарга - це двигун прогресу, будь-яка зміна починається з усвідомлення необхідності змін. А що може бути кращим поштовхом до усвідомлення, як не критика з боку? Дізнаючись, що клієнти думають про нас, ми отримуємо можливість стати краще.

Скарга - індикатор незадоволення потреб клієнта соціальної сфери. Слово "скарга" ніколи не вживалося в позитивному сенсі. Воно прийшло до нас від латинського дієслова *рктдетч* і спочатку означало "вдарити", а метафорично - "бити себе в груди". Сьогодні скарга асоціюється з невдоволенням або роздратуванням. Не дивно, що ніхто не любить отримувати скарги. Адже для клієнта це спосіб повідомити нам, як потрібно працювати. Ми, значить, працюємо, надаємо послуги, а клієнти можуть говорити нам, що всі наші старання їх не влаштовують. І ми повинні вітати такого роду заяви і вороже поведінка? Так. У цьому-то й річ. Послання є життєво важливою інформацією для нашої організації, особливо при переході на бюджетне фінансування і часткове надання платних послуг.

Скарга виявляється механізмом зворотного зв'язку, що допомагає організації швидко змінити якість обслуговування і напрям роботи, щоб відповідати потребам клієнтів.

Скарга - це стратегічний інструмент, індикатор якості надаваних послуг. Скарга допоможе нам конкурувати на ринку соціальних послуг.

Без споживачів немає і послуг. Тільки в останні 15-20 років ми почали говорити про потреби, обслуговування споживача, споживчий ринок. Для більш глибокого аналізу поняття "послуга" потрібно визначити поняття "потреба", так як основою метою надання послуги є задоволення потреби.

Потреби - це матеріальні, духовні, соціальні умови життя, усвідомлені індивідом (соціальною групою) в якості необхідних на кожному історичному етапі розвитку суспільства та прийняли специфічну форму у відповідності з культурним рівнем та особистістю суб'єкта. Важливо відзначити, що одні потреби не походять з інших, тобто потреби в цілому не відбуваються один з одного, тому всі потреби повинні враховуватися при вивченні мотивів поведінки людини¹.

Клієнти в соціозащитних установах перебувають у центрі діяльності соціальних служб. Клієнти часто відчують невдоволення послугами, що надаються. Якщо ми справді орієнтовані на надання якісних послуг населенню, тоді нам важливо переглянути свої позиції по відношенню до скарг і навчитися сприймати їх, як зворотний зв'язок з клієнтом.

Замість того щоб намагатися зменшити кількість скарг, організаціям потрібно заохочувати своїх співробітників їх виявляти - адже саме вони визначають, що хоче клієнт.

Під час відвідування заводу Toyota в Японії група американських автопромисловців стала обговорювати програму якості але Демінг. Тоді директор заводу сказав гостям: "Ваші складності відбуваються тому, що ви, американці, вважаєте скарги проблемою. Ми ж тільки вітаємо їх. Ви хочете встановити систему, при якій не було б скарг. Ми ж намагаємося отримати їх якомога більше. Як ще ви дізнаєтеся, що думають ваші споживачі?"

Неефективні спроби повернути довіру клієнтів у поєднанні з неправильною політикою щодо скарг запускають негативні реакції, які призводять до зниження якості надання послуг:

- клієнти йдуть, розчаровані роботою установи, і висловлюють своє невдоволення своїм знайомим;
- якість послуг і обслуговування не поліпшуються, що призводить до ще більшого невдоволення клієнтів;

- персоналу компанії також не подобається обслуговувати негативно налаштованих клієнтів.

Постійний зворотній зв'язок з клієнтами дозволяє організації знаходити такі методи покращення сервісу і надання соціальних послуг, які неможливо було б придумати самотійно. Ставлення до скарг як до інформації від самої значимої частини капіталу організації - клієнтів - дозволяє формувати культуру, орієнтовану на споживача. Давайте подивимося на скаргу, як на подарунок, яку дає нам клієнт.

Принципи роботи "скарга = подарунок"¹:

1-й крок: " Скажіть спасибі ". Вам необхідно швидко досягати взаєморозуміння з клієнтом, тому важливо прислухатися до них. Не варто аналізувати, наскільки обґрунтована скарга. Доцільніше прийняти її як найцінніший дар клієнта і подякувати. В культурних традиціях різних народів світу глибоко вкоренилося правило прийняття скарги з вибаченнями. Висловлювати "спасибі" треба природно і мимоволі, як за подарунок. Слідкуйте за мовою вашого тіла: він має демонструвати, що ви приймаєте скаргу клієнта і вважаєте його має право висловлювати її. Розуміє кивок, зоровий контакт і привітна посмішка - стратегічні інструменти в роботі з клієнтом. Пам'ятайте: посмішку чути навіть по телефону.

Проте одного "спасибі" недостатньо для вирішення проблеми. Основний напрямок даного кроку - створення позитивного настрою на вирішення виниклих проблем.

2-й крок: Поясніть, чому ви вітаєте скаргу. Відповідь "спасибі" і є лише поверхневим відповіддю. Вам потрібно доповнити його, сказавши кілька слів про те, як дана скарга допоможе вам краще розібратися в проблемі: "спасибі, що Ви повідомили мені про ...", або "дякую, я так радий, що Ви розповіли мені про це, тепер я зможу Вам допомогти...", або "дякую, я так вдячна Вам за те, що Ви поставили мене до відома, тепер у мене є можливість поліпшити якість наших послуг, і я обов'язково це зроблю".

Подумки вам потрібно проговорити про себе наступні фрази: "Спасибі Вам за те, що повідомили мені про сформовану ситуацію. Ви навіть не уявляєте, як багато незадоволених клієнтів просто йдуть від нас, не кажучи ні слова, і ми втрачаємо їх як клієнтів. А буває, що вони говорять образливі слова на нашу адресу і не дають нам можливості прийняти їх претензії і залагодити проблему. А ми, безумовно, хотіли б це зробити: адже ми дорожимо нашими клієнтами. Ми намагаємося надавати клієнтам якісні послуги і забезпечувати соціальне обслуговування на високому рівні. Ось чому ми дійсно вітаємо Ваше бажання поговорити з нами і дати нам інформацію. Велике, велике спасибі!".

Дуже важлива внутрішня самонастройка, в такому випадку навіть коротка усна версія наведеного монологу повідомить незадоволеному клієнту про політику організації щодо скарг.

3-й крок: Вибачтеся за помилку. Вибачення необхідно, але воно не повинно виступати на передній план у перші секунди розмови. Подяка, висловлена спочатку зміцнює в співрозмовників впевненість у тому, що скарга є подарунком. Такий підхід найбільш успішний і викликає у клієнтів бажання підтримати подальшу розмову. Коли ми чуємо "спасибі", ми починаємо вірити, що чоловік готовий нам допомогти. Тоді як "прошу прощення" залишає у нас почуття, що робити нічого не будуть - тому-то людина і вибачається.

Коли після висловленого "спасибі" ви вибачаетесь, намагайтеся говорити "я", а не "ми". "Ми шкодуємо" звучить не дуже переконливо.

4-й крок: Обіцяйте негайно вжити заходів для вирішення проблеми. Відновлення довіри клієнта має два аспекти: психологічний і реальний. Психологічний вимір допомагає клієнтові відчувати себе краще у зв'язку з виниклою ситуацією, викликала незадоволення. Реальний вимір - це конкретні кроки щодо владнання ситуації. Така відповідь вимагає дій, які коштують грошей і часу. Перші чотири кроки алгоритму є частиною психологічної реакції; вони нічого не варті і

цілком здійснимі. Необхідно підсилити значимість психологічної складової у роботі з клієнтом.

Необхідні слова на даному етапі: "Обіцяю зробити все можливе для якнайшвидшого врегулювання ситуації". Почувши таку фразу, клієнт заспокоїться, бо зрозуміє, що ви маєте намір щось зробити. Потім ви дійсно повинні вжити заходів.

5-крок: З'ясуйте необхідну інформацію. На даному етапі необхідно задати запитання для прояснення ситуації. "Щоб я могла негайно владнати ситуацію, повідомте мені деякі відомості...". Вам потрібно переконатися в тому, що ви зібрали необхідну інформацію для подальшої роботи з усунення виниклої ситуації. Обов'язково на завершення розмови запитаєте у клієнта, чи буде він задоволений, якщо ви зробить щось визначене у зв'язку з виниклою проблемою.

6-й крок: Швидко виправте помилку. Обов'язково виконайте обіцянку. Клієнт залишиться задоволений, якщо його проблему визнають невідкладною справою. Швидка реакція говорить про ваше серйозне ставлення до обслуговування споживачів.

7-й крок: Переконайтеся, що клієнти задоволені. Дуже важливо довести справу до кінця. Здзвоніться з клієнтами, щоб дізнатися про подію. Запитуйте їх безпосередньо, чи вони задоволені вашими діями. Якщо ви поступите таким чином, клієнти напевно залишаться задоволеними системою соціального обслуговування.

8-й крок: Запобігайте помилки в майбутньому. Для ефективності та результативності діяльності соціозащитном установі необхідно проінформувати співробітників про скарги - тоді подібну проблему можна буде запобігти в майбутньому. Зміцнюйте систему, не звинувачуючи працівників. Карайте процес, а не людей. Працівники установи будуть охочіше повідомляти керівництву про скарги, знаючи, що така політика установи і системи в цілому. Одні лише вибачення перед клієнтами або погрози на адресу персоналу тільки посилять проблеми. Необхідно усувати причини, які призвели до скарги.

В основному більшість організацій (за рідкісним винятком) реагують на скарги як даність і рідко використовують їх як інформацію для поліпшення якості наданих соціальних послуг. Скарги не принесуть користі, якщо будуть осідати у відповідному відділі організації - вони повинні стати механізмом зворотного зв'язку, що допомагає системі соціального захисту населення удосконалюватися в нових умовах модернізації.

Питання для самоперевірки:

1. Якими лідерськими якостями повинен володіти керівник установи соціального захисту?
2. Чому необхідна командна робота з клієнтом в соціозащитній установі?

Література:

1. Корнєв М.Н., Коваленко А.Б. Соціальна психологія.- К.:Либідь,1995.-304с
2. Корольчук М.С., Осьодло В.І. Психодіагностика.- К.:Ельга, НікаЦентр, 2004.- 400 с
3. Ліфарєва Н.В. Психологія особистості: Навчальний посібник. — Київ: Центр навчальної літератури, 2003. - 240 с.
4. Орбан-Лембрік, Л.Е. Соціальна психологія [Текст] / Л.Е.Орбан-Лембрік. – К.: Академвидав, 2003. – 448 с
5. Основи соціальної психології: Навчальний посібник / О.А.Донченко, Н.В., Хазратова та ін. За ред. М.М. Слюсарєвського. М. Київ, Міленіум, 2008. –495 с.
6. Орбан-Лембрік Л.Е. Соціальна психологія: Навчальний посібник. - К.:Академвидав, 2005.- 448с.
7. Психологія спеціальної освіти : монографія / В.Й.Бочелюк, В.В.Бочелюк, В.А. Буланов, І.Є. Жигаренко, Н.Є. Завацька, В.Ю. Завацький, М.С. Панов, А.В. Турубарова. – [2-ге вид., перероб. і доп.]. – Северодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2015. – 438 с.
8. Філоненко М. Психологія спілкування: Навчальний посібник / К. : Центр учбової літератури, 2008.- 224 с

РОЗДІЛ II. Основні напрямки психосоціальної допомоги у соціальній сфері

Тема 1. Діагностика та профілактика у психосоціальної роботи

1.1. Психосоціальна діагностика

Соціальні працівники збирають інформацію про клієнтів, умов їх життєдіяльності, навколишнього середовища, соціальному оточенні і т. д., потім використовують отриману інформацію при розробці програм психосоціальної допомоги.

Подібного роду діагностика має принципову відмінність від психодіагностики, незважаючи на те, що завдання психосоціальної роботи обумовлюють об'єднання методів соціальної роботи з психодіагностикою в єдину систему діяльності.

Психодіагностика визначається як сукупність теоретичних знань і система практичних методів кількісного та якісного оцінювання психологічних властивостей людини: його пізнавальних здібностей, психічних станів і особистості.

Мета соціального працівника полягає не в оцінюванні особистості клієнта (це завдання психолога), а у вивченні його поведінки і ставлення до суспільства, іншим людям, групам, що часто породжує для нього соціальні проблеми, створює важку життєву ситуацію.

Ця мета реалізується через вирішення низки завдань:

- виявлення достовірної інформації про клієнта та його оточенні;
- формулювання проблеми у сфері психосоціальної допомоги;
- прогнозування на основі аналізу зібраної інформації і експертної оцінки можливих психосоціальних змін;
- вироблення рекомендацій для прийняття рішень, психосоціального проектування дій з надання психосоціальної допомоги.

Для того щоб взаємодіяти з клієнтом, більш точно сформулювати психосоціальний діагноз, відповідно, мету та можливості взаємодії з ним, фахівець із соціальної роботи повинен мати достатнє для даної конкретної професійної ситуації уявлення про нього, а саме про його індивідуальних властивостях, поведінці, яке він реалізує в даний конкретний життєвий період; його здібності, від яких залежать і якими визначаються його можливості; ступеня успішності його діяльності у певних сферах.

Етапи психосоціальної діагностики:

- 1) отримання достовірного уявлення про клієнта, визначення його сильних і слабких сторін, можливих напрямках зміни і вдосконалення;
- 2) діагностика як постановка задач, виділення складу діагностованих ситуацій, визначення нормативних параметрів ситуацій, вибір методів діагностування;
- 3) діагностика кожної проблеми, вимір і аналіз усіх показників;
- 4) побудова висновків, на основі яких робиться висновок, визначення психосоціального діагнозу.

Проблеми, виявлені в ході діагностики, складають психосоціальний діагноз. Отримані результати можуть коригуватися у спільній роботі з психологами.

У діагностиці необхідно враховувати соціальні (зовнішні) і індивідуальні (внутрішні) чинники. Соціальні фактори включають сім'ю, різні соціальні групи, членом яких є клієнт. Клієнтові потрібно дати цілісну характеристику з різних позицій.

Від фахівця із соціальної роботи при проведенні діагностики потрібно професійну майстерність та дотримання певних морально-етичних принципів.

Принцип об'єктивності. Висновки дослідження повинні робитися на основі науково обґрунтованих, об'єктивних даних, що передбачає мінімізацію суб'єктивних, упереджених думок тих, хто проводить діагностику.

Принцип причинної обумовленості. Дозволяє в процесі діагностики не обмежуватися описом окремих фактів чи явищ, а з'ясувати закономірності їх виникнення і функціонування.

Принцип конфіденційності. Передбачає нерозголошення результатів діагностики без згоди клієнта, дотримання прав клієнта.

Принцип ненанесення шкоди. Результати діагностики не повинні бути використані на шкоду клієнтові.

Принцип наукової обґрунтованості. Результати діагностики повинні бути достовірними і надійними.

Принцип ефективності. Спроектвана психосоціальна допомога і рекомендації для клієнта повинні бути ефективними і привести до очікуваних, прогнозованих результатами.

Принцип незалежності клієнта. Фахівці із соціальної роботи не повинні під час діагностики чинити тиск і зберігати контроль над клієнтами, домінувати над ними.

1.2. Методичні підходи в діагностиці

В залежності від специфіки діагностуваної проблеми використовуються різні методи. У практичній діяльності соціальні працівники здійснюють роботу за такими напрямками: збір інформації, її обробку та аналіз (діагноз), визначення проблеми, на яку повинне бути спрямоване втручання.

Збір інформації здійснюється з допомогою таких методів, як: спостереження, бесіда, інтерв'ю, опитування, анкетування, моніторинг та ін. Обробка отриманої інформації проводиться за допомогою аналізу різного роду (проблем, факторів, що викликають проблему, та ін.). Ступінь важливості проблем і терміновість їх розв'язання визначається за допомогою ряду методів, що дозволяють проранжувати і вибрати альтернативу.

Правильне використання методів діагностики дозволить забезпечити виконання всіх принципів, про які йшлося вище.

Проте без належної методологічної бази будь-яка діагностика виявиться марною, якщо не шкідливою для клієнта. Тому зупинимося на кількох методичних підходах проведення психосоціальної діагностики.

Діагностика в когнітивно-біхевіористській роботі

Діагностика є невід'ємною частиною когнітивно-біхевіористської роботи (табл. 3), оскільки вона залежить від детального розуміння послідовності поведінки. Крім того, на різних клієнтів впливають різні види підкріплення, тому кожен випадок має бути проаналізовано індивідуально. Тому видається важливим як діагностика, так і окремі прояви поведінки та їх наслідки.

Послідовність діагностичних дій:

- отримати опис проблеми з різних точок зору;
- встановити, хто і якою мірою залучений у проблему;
- простежити виникнення і подальший розвиток проблеми, а також чинники впливу;
- визначити складові проблеми і їх сполучуваність;
- оцінити мотивацію до зміни;
- визначити моделі мислення і почуття, що мали місце до, під час і після випадків проблемної поведінки;
- визначити сильні сторони клієнта і навколишньої ситуації.

Таким чином, процедури діагностики когнітивно-біхевіористських методів відрізняє структурованість, що задає напрями практичної роботи.

В процесі роботи важливо проводити моніторинг того, що відбувається, особливо в тих випадках, коли є ймовірність призаподіяння шкоди клієнтові або іншим людям. Соціальні працівники повинні постійно відстежувати фактори

ризик. Заглибленість у складні цикли зміни поведінки може відвернути увагу від змін соціальних факторів, які створюють підвищену небезпеку.

Проблеми повинні бути розкладені на складові. Корисно скласти схему, яка наочно представить причини, сама поведінка і наслідки конкретних подій. Соціальним працівникам слід звертати увагу не на суб'єктивні судження, а на точний опис поведінки. Наприклад, краще при описі поведінки використовувати такий вираз: "Він стукнув кулаком по столу", ніж таке: "Він відчув роздратування". Перший опис є більш точним, оскільки воно доступне спостереженню, а також безперечним (в даному випадку клієнт може відчувати розчарування, а не злість).

Після опису проблем їх необхідно проранжувати. Для цього слід проаналізувати пріоритети соціальної служби, точку зору клієнта, його здатність і мотивацію до певних змін, наявність людей в найближчому оточенні, здатних фіксувати поведінку і здійснювати підкріплення (медіаторів), а також адекватність, здійснимість і неупередженість цілей.

Наступною стадією діагностики є пошук критеріїв оцінки змін. Найчастіше оцінка ефективності заснована на "одиначному випадку". Після того як точно визначається поведінка, яка є об'єктом зміни, до початку втручання здійснюється "базовий вимір". Потім здійснюється вплив, та вимірюються поведінкові прояви під час і після втручання. Іноді після одного втручання здійснюється "призупинення", вчасно якої соціальний працівник повертається до вихідного поведінки. Потім знову вимірює поведінка - об'єкт зміни. Після цього знову здійснюється втручання. Таким чином можна перевірити, чи насправді втручання впливає на поведінку.

1.3. Оцінка потреби як діагностичний інструмент

Оцінка потреби розглядається як експертне обстеження стану, стану, ступеня інвалідності, потреб клієнтів, тобто обстеження, що включає багато різних аспектів.

Під оцінкою часто розуміється дослідження, вивчення клієнтів. Види оцінки:

- діагностична;
- описова;

- інтелектуального функціонування;
- пам'яті і навчання;
- функціонального виконання дій;
- розумового стану і добробуту;
- поведінки та догляду за собою;
- потреб і т. д.

Цей ряд відображає цілий спектр характеристик індивіда та його взаємодії із соціальним і фізичним оточенням. Багато видів оцінки відносяться безпосередньо до компетенції психологів, психіатрів або лікарів. Більшість з них фокусуються на специфічних областях.

Фахівці з соціальної роботи часто проводять оцінку потреби, що є підставою практики соціальної роботи, соціального обслуговування. Цей процес включає оцінку, план, здійснення та моніторинг спеціально пристосованого обслуговування до індивідуальних потреб людини. Важливість оцінки полягає в тому, що це перша ключова стадія в процесі, який веде до втручання з метою поліпшення ситуації клієнта або його функціонування.

Оцінка повинна бути мультидисциплінарною, тобто потрібно розглядати всі проблеми клієнта, включаючи домашні умови, питання здоров'я, фінансів, зайнятості, освіти та інших потреб. Слід спиратися на принципи участі клієнта в процесі оцінки.

Процедура оцінки повинна бути легко досяжна для всіх потенційних користувачів; тим, хто проводить оцінку, радять робити позитивні кроки для полегшення участі людей з комунікаційними проблемами.

Розглянемо оцінку потреби як психосоціальну діяльність, її різні рівні та принципи. На основі оцінки базуються подальше втручання, забезпечення соціальних та інших послуг і критерії, що визначають його ефективність. Обмежена, поверхнева оцінка веде до неадекватних, неефективним діям спеціаліста. Тому в оцінці, базується на професійних знаннях і досвіді, враховують

всі фактори, оцінюється цілісна ситуація і визначається сила, ресурси особистості, так само як і її потреби.

В оцінку входить збір інформації і даних, а також велика кількість ключових компонентів. Її проводять фахівці, які повинні володіти комунікативними, міжособистісними, когнітивними і аналітичними вміннями.

Цілі ефективної оцінки:

- визначення і прояснення проблем, отримання всебічного погляду на статус клієнта, в тому числі його здоров'я, персональну і домашню активність у повсякденному житті і т. д.;

- розуміння значення цих проблем для клієнта та інших людей, членів сім'ї та ін.;

- вибір альтернативно можливого варіанту (гіпотези), який більшою або меншою мірою дозволяє уявити систематичний звіт або інформацію про клієнта і його ситуації;

- визначення рівня необхідного втручання, а також ресурсів, які гарантують досягнення мети;

- забезпечення критеріїв для оцінювання цілей і завдань, а також втручання та переоцінки;

- відповідальність за прийняті рішення, рекомендації та надання послуг.

На оцінку впливають: знання і теорії, вміння, професійні уявлення та ціннісні орієнтації.

Оцінка включає: визначення, підготовку, збір інформації, підсумовування отриманих даних, вироблення гіпотези, планування надання послуг. Після цього проводиться втручання, потім оцінка результатів втручання, після чого знову проводиться оцінка (швидше, переоцінка), яка починається з визначення і т. д. Таким чином, це циклічний процес.

Розглянемо наступні визначення:

Знання і теорія. Інформація про конкретну людину або його ситуації не може сама по собі бути корисною. Вона буде такою тільки по відношенню до знань і теорій про фізіологічних, психологічних і соціальних аспектах, приналежності до певних тендерним і національним групам, про вплив бідності, втрат і горя, про розвиток, розумовому здоров'ї і про інших численних аспектах.

Уміння. Фахівець повинен володіти міжособистісними, комунікативними, аналітичними та іншими вміннями, для того щоб збирати інформацію і формулювати свої думки і гіпотези, на основі яких будуть намічені цілі і робочий план.

Професійні уявлення та ціннісні орієнтації. В процесі оцінювання відбувається збір інформації для практичного висновку про втручання та(або) надання певних соціальних послуг. Професійні подання - важливий компонент процесу оцінки, тому від практиків потрібно перевіряти свої уявлення, на основі чого вони створюються та ін.

Процес оцінки сам по собі включає ряд елементів від початкового визначення до наміченої мети. Проте ці стадії не обов'язково послідовні: збір інформації продовжується під час формулювання пояснення або робочої гіпотези. Було б занадто легко зробити остаточний вибір без пошуку нової інформації або обговорення альтернатив. Обов'язок професіонала - постійно звіряти оцінку з результатами і, наскільки можливо, проводити подальшу перевірку.

Успішна оцінка потреби клієнта вимагає від фахівця розвитку навичок спостереження та інтерпретації вербальної та невербальної комунікації. Вся інформація має бути суммирована і проаналізована, включаючи аналіз біологічних і фізичних аспектів, психологічних, психосоціальних і функціональних аспектів, сімейних взаємовідносин, а також соціальну мережу, релігійні вірування і т. д.

Схема, яка допомагає фахівцям керувати процесом оцінки, не являє собою програму або складений опитувальник, а, швидше, пропонує модель оцінки, в якій використовуються поняття якості життя і рівня ризику.

Концепція якості життя розглядається як одна з найважливіших, що характеризують соціально-психологічну ситуацію людей. Концепція ризику визнається важливою настільки, наскільки клієнти визначаються як залежні чи вразливі. Виходячи з цього, цілями стають оцінка якості життя та ступеня ризику. Шкала оцінки буде залежати від ряду факторів, що визначають якість життя та рівень ризику кожного конкретного клієнта.

В даний час дослідники дискутують про складові елементи концепції якості життя, а також про стандарти кожного елемента. Під стандартом розуміється рівень, нижче якого якість життя перестає існувати, тобто належить до неприпустимого рівня.

Фактори, які визначають якість життя та рівень ризику, будуть різними в залежності від кожного конкретного клієнта і його ситуації.

Наступні фактори характеризують якість життя більшості людей:

- індивідуальні характеристики: рівень культури, належність до тендерної та національної групам, життєва історія, критичні життєві події, очікування та ін.;
- ставлення до себе: самоповага, задоволеність автономією та прийняттям рішень, уявлення про свою незалежність, контролю й ін.;
- здоров'я: функціональні здібності, уявлення про здоров'я, справжнє фізичне та психічне здоров'я, історія хвороби, лікування, ресурси здоров'я та ін.;
- функціонування: здатність виконувати завдання повсякденному житті, доглядати за собою або за іншими та ін.;
- особистісна автономія: здатність і можливість робити вибір, здійснювати контроль над повсякденним життям, оточенням, що створюється в результаті домовленості;

- оточення: все, що сприяє хорошему відпочинку, стандарти житла (рівень комфорту і безпеки, тобто задоволеність житлом, персональним місцем, пристосованістю до особистих потреб тощо) та розміщення (тобто доступність магазинів та зручність інфраструктури, безпека, можливості спілкування з родиною та друзями);
- фінансові та матеріальні умови: дохід, харчування, транспорт, матеріальні джерела, стандарти життя, соціально-економічний статус і ін.;
- активність: рівень соціальної і творчої активності, діяльність у вільний час, діяльність по вдома і поза домом, контакти з організаціями, відносини, задоволеність, творча активність та ін.;
- сім'я: сімейна мережа, проживання членів сім'ї (їх розміщення), рівень контактів, якість взаємодій та ін.;
- взаємодія з іншими: спілкування, референтні групи, фізичний контакт, соціальні контакти, сексуальні стосунки та ін.;
- соціальні мережі: розширена (обмежена) природа мережі підтримки, стабільність мережі, хто саме забезпечує сприяння, підтримку та інш.

Ці фактори охоплюють багато аспектів якості життя і рівня ризику.

Шкали і зміст оцінки можуть бути різними. Проте різноманіття інформації і потенційна широта шкали дають можливість застосувати метод, за допомогою якого можуть бути зібрані дані та запропоновано можливості для розвитку цих різних областей життя.

Процеси підсумовування і формалізації повинні бути зроблені в трьох вимірах: на рівні особистості, сім'ї та суспільства. Далі слід виділити найбільш значиму інформацію цих рівнів, з визначенням пріоритетів.

Цілі оцінки, заявлені вище, ґрунтуються на оцінці якості життя і рівня ризику. Тому їх можна транслювати в два ключових питання:

- Що таке якість життя конкретної людини?
- Що таке рівень і природа ризику, з яким він стикається?

На заключній стадії визначаються цілі, план та стратегії:

- Як можна підняти якість життя конкретної людини?
- Як можна мінімізувати рівень ризику його ситуації? Оцінка повинна привести до повного і інтегрованому пакету послуг, включаючи практичні та терапевтичні послуги, консультування, допомога на дому тощо

Головна роль фахівців з соціальної роботи полягає в організації і допомогі у систематизації оцінки. Вони повинні фокусуватися на ефективній психосоціальної допомогі, надійної оцінюванні, адекватному формулюванні гіпотез та їх перевірки, а також втручання.

Діагностика специфічних проблем

Для осіб різного віку, які страждають вживанням психоактивних речовин, в тому числі й алкоголю, звичайним є заперечення зловживання ними. Причини можуть бути самими різними: сором із приводу того, що людині свого життя покладається на алкоголь або наркотики, песимізм щодо можливості видужання, бажання продовжувати жити по-старому. Тому корисні методи оцінки такої патології - старанне налагодження взаємовідносин шляхом повторних контактів, знайомство з родичами, іншими людьми з соціального оточення, відвідування клієнта на дому.

Діагностика алкоголізму вимагає збір точного анамнезу, відповідного клінічного обстеження і оцінки кількості та частоти вживання алкоголю. Використовуються спеціально розроблені діагностичні опитувальники для виявлення алкогольної залежності, ступеня тяжкості, вираженості потягу до алкоголю (див. дод. 7 п. 6).

Соціальний працівник, який відвідує клієнта, хворого алкоголем, вдома, повинен провести оцінку його стану.

Методика оцінки зловживання психоактивними речовинами включає описовий звіт, перелік спостережень, фізичні проблеми, емоційний стан, спостереження за поведінкою, процеси мислення.

Описовий звіт включає перелік проблем, пов'язаних зі здоров'ям, огляд навколишньої обстановки (порядок, чистота, запахи) та ін.

При огляді навколишнього оточення фахівець повинен звернути увагу на: запах алкоголю, навколишнє оточення, скарги на поведінку клієнта з боку сусідів та ін.

Фізичні проблеми включають: колір носа, очей, пошкодження і синці на тілі, тремор рук та ін.

Емоційний стан визначається за наявності депресії, почуття незадоволеності життям, тривоги, перепадів настрою, дратівливості і ін.

Спостереження за поведінкою повинні охарактеризувати мову, ходу, реакцію на питання про алкоголь, ставленні до себе (зневага до себе, ставлення до спроб надати допомогу).

Процеси мислення включають: сплутаність свідомості, дезорієнтацію, суїцидальні думки, втрату пам'яті, сповільненість мислення.

Дотримання програмі цієї оцінки допоможе у проведенні низки профілактичних заходів стосовно клієнтам, які зловживають психоактивними речовинами.

Соціальне втручання може бути самим різним: від неформального (залучення великої кількості людей для контактів з клієнтом) до великих формальних заходів (включення в програму допомоги, самопомоги, навіть приміщення його у відповідну установу).

У разі роботи з сім'єю алкоголіка діагностика виявляє основну причину зловживання спиртними напоями і супутні обставини, далі складається програма роботи з самим наркозалежним особою, його сім'єю, соціальним оточенням. Вона

включає лікувальні заходи, консультації, терапію і корекцію, можливо, соціально-трудова реабілітацію самого алкоголіка і його сім'ї.

1.4.Психосоціальна профілактика і психоосвіта в соціальній роботі

Психосоціальна профілактика - це система заходів, що здійснюються фахівцем з соціальної роботи, з метою запобігання відхилень від загальноприйнятих соціальних норм і правил, зменшення ймовірності їх проявів, підготовки людини до тих або інших значущим подіям життя. Психосоціальна профілактика спрямована на те, щоб завчасно попереджати можливі порушення в розвитку індивіда, створюючи умови для повноцінного психічного розвитку на кожному віковому етапі життя людини.

Для фахівця з соціальної роботи має велике значення оволодіння методикою і навичками профілактичної роботи, так як він контролює стан і життєдіяльність сімей та осіб девіантної поведінки, тих, хто відноситься до групи соціального ризику (алкоголіки, наркомани та ін.).

Виділяють загальні, спеціальні та індивідуальні заходи соціальної профілактики, проте спеціально психопрофілактичні заходи ніде не розглядаються. До останніх можна віднести не просто підвищення життєвого рівня населення (або економічні заходи), організацію дозвілля (це соціально-культурні заходи) або виховні заходи, а саме психологічне просвітництво, психообразование в соціальній роботі, які повинні торкатися як клієнтів соціальної сфери, так і самих фахівців, які повинні постійно удосконалювати свій професійний рівень.

Психосоціальна профілактика - одне з основних і перспективних напрямків у соціальній роботі, так як набагато легше попередити всілякі відхилення в діях або поведінці людини від встановлених чи загальноприйнятих норм, ніж виправляти негативні наслідки.

У соціальній роботі використовують різні форми профілактичних служб і психологічного освіти - консультування, телефони довіри, групи за програмою психообразования та ін.

Соціальна профілактика - система соціальних заходів, спрямованих на збереження, захист нормального рівня життя людей і запобігання психосоціальних відхилень шляхом усунення причин і умов їх виникнення. Результатом психосоціальної профілактики є формування внутрішнього контролю особистості, заснованого на нормах і цінностях, засвоєних клієнтом в процесі життєдіяльності з фахівцем із соціальної роботи, а також підвищення стійкості особистості клієнта до впливу несприятливих факторів соціального середовища. Існує кілька видів соціальної профілактики.

Первинна соціальна профілактика включає в себе комплекс соціальних, освітніх та соціально-реабілітаційних заходів, що сприяють збереженню, підтримання нормального рівня життя людей. Вона спрямована на сприяння в досягненні клієнтом поставлених цілей і розвиток його здібностей.

Форми соціальної роботи мають сприяти зміні підходів сімейного оточення клієнта щодо сприйняття свого члена сім'ї, що має симптоми психосоціальної проблеми. Під час проведення первинної профілактики проводиться соціальний патронат - форма соціально-профілактичної роботи з клієнтом і його сім'єю, що здійснюється на підставі договору про соціальний патронат, що укладається між клієнтом і установою соціального обслуговування. У договорі встановлюються права та обов'язки клієнта, визначається відповідальність установ, проводить соціально-профілактичну роботу з клієнтом і конкретною родиною, а також перелік соціальних послуг, необхідних для усунення факторів, що призводять до виникнення соціальної проблеми, соціального відхилення. Соціальний патронат включає проведення консультування, соціальний патронаж на дому, залучення клієнта до участі в різних програмах цієї установи (клубні об'єднання, групи денного перебування, гуртки, студії). Методи первинної профілактики включають навчання новим навичкам, які допомагають у самореалізації і збереженні здоров'я.

Вторинна соціальна профілактика проводиться в тому випадку, коли у клієнта відбувається порушення соціальних норм, вимог, виникають перші прояви

протизаконних дій (шахрайства, хуліганство). Можливо, що він може входити до групи з вираженим відхиленням характером поведінки. Вторинна соціальна профілактика - це комплекс соціальних, освітніх, соціально-реабілітаційних заходів, що попереджають, що усувають або нейтралізуючих основні причини та умови, що викликають соціальні відхилення. При її реалізації для фахівця з соціальної роботи є першочерговим завданням виявлення території свого району клієнтів, які схильні до протизаконних дій. Далі з клієнтами, що мають схильність до протизаконних дій, встановлюються довірчі відносини, вони інформуються про різних програмах, залучаються до різних заходів соціальної служби. Згодом у відношенні громадянина, схильної до девіантної поведінки, та його сім'ї встановлюється соціальний патронат, орієнтований на корекцію сімейних відносин, відновлення міжособистісних зв'язків з родичами, визначення чітких соціальних ролей у сім'ї.

Третинна соціальна профілактика проводиться щодо клієнтів, які вчинили правопорушення, що мають рецидиви протизаконних дій. Під третинної соціальною профілактикою розуміється комплекс соціальних, освітніх, соціально-реабілітаційних, соціально-терапевтичних заходів, спрямованих на запобігання рецидивів протизаконних дій, а також фізичних, психічних і соціокультурних девіацій різних індивідів і соціальних груп. Метою даного виду соціальної профілактики є корекція поведінки клієнта і розвиток його особистості. Результатом соціально-профілактичної роботи буде відновлення соціального статусу людини, що потрапила у важку життєву ситуацію, повернення в сім'ю, продовження подальшого навчання, професійної діяльності.

Під час проведення третинної соціальної профілактики допомога повинна носити інтенсивний характер з метою руйнування негативних позицій клієнта і формування нових позитивних установок, що відповідають загальноприйнятим нормам і цінностям. Тут доречні групові та індивідуальні форми (тренінги, групи самопомоги, клубна діяльність та ін.) соціальної роботи.

Психологічне просвітництво і психоосвіта останнім часом стають провідними методами психосоціальної профілактики. Вони включають строго певну послідовність ступенів: від формулювання і розуміння проблеми, тренінгу навичок, застосування вироблених навичок у повсякденному житті. Клієнт у результаті повинен бути оснащений засобами психологічної самозахисту, більш підготовлений до продукуючої стрес ситуації.

У психосоціальну профілактику повинна бути включена сім'я, члени якої проходять курс психосоціальної допомоги, з метою вироблення навичок сімейного управління стресом. Спочатку соціальний працівник оцінює потреби клієнта та його сім'ї в психообразованні. Потім пропонується ряд консультацій, в ході яких члени сім'ї можуть отримати відповіді на ряд питань, наприклад, про працевлаштування клієнта, навчання, отримання послуг та ін.

Широко поширена психопрофілактична робота з людьми екстремальних професій. У соціальній роботі з населенням здійснюються профілактичні програми з вагітними жінками, підготовка молоді до подружнього життя, підготовка до здачі іспитів і працевлаштування.

Подібні програми поєднують у собі інформацію про майбутні події та тренінг необхідних психологічних умінь для участі в них. В останні роки психопрофілактика придбала нові форми і масштаби. Тренінги проводяться з широкого спектру напрямків: пошук роботи, розподілу часу, ставлення до грошей і багато іншого.

Питання для самоперевірки:

1. Що таке якість життя конкретної людини?
2. Що таке рівень і природа ризику, з яким він стикається?
3. Як можна підняти якість життя конкретної людини?
4. Як можна мінімізувати рівень ризику його ситуації

Література:

1. Корнев М.Н., Коваленко А.Б. Соціальна психологія.- К.:Либідь,1995.-304с
2. Корольчук М.С., Осьодло В.І. Психодіагностика.- К.:Ельга, НікаЦентр, 2004.- 400 с
3. Ліфарева Н.В. Психологія особистості: Навчальний посібник. — Київ: Центр навчальної літератури, 2003. - 240 с.
4. Орбан-Лембрік, Л.Е. Соціальна психологія [Текст] / Л.Е.Орбан-Лембрік. – К.: Академвидав, 2003. – 448 с
5. Основи соціальної психології: Навчальний посібник / О.А.Донченко, Н.В., Хазратова та ін. За ред. М.М. Слюсаревського. М. Київ, Міленіум, 2008. —495 с.
6. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : [монографія] / За наук. ред. С.Б. Кузікової та ін. – Кн. 2. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2017. – С. 180 – 201
7. Орбан-Лембрік Л.Е. Соціальна психологія: Навчальний посібник. - К.:Академвидав, 2005.- 448с.
8. Філоненко М. Психологія спілкування: Навчальний посібник / К. : Центр учбової літератури, 2008.- 224 с

Тема 2 . Консультування в соціальній роботі

2.1. Поняття, цілі, завдання і методи консультування

Консультування клієнта є одним з видів допомоги психосоціальної роботі. На практиці консультування проводить практично кожен фахівець соціальної сфери, працюючи з людьми, що знаходяться в кризовій ситуації, в умовах стресу. Надання допомоги клієнту у важкій життєвій ситуації включає інформування; навчання навичкам, що сприяє поліпшенню ситуації; допомога в аналізі проблем, проясненні конфліктних зон та пошук шляхів вирішення проблемної ситуації. Для того щоб така робота проводилася професійно, необхідно освоєння основ консультування, що стає важливою складовою навчання фахівця з соціальної роботи.

Консультування визначається як стратегія, технологія та метод професійної допомоги. Зміст поняття "консультування" включає особливий вид відносин між соціальним працівником і клієнтом.

Відзначають такі причини фундаментального зв'язку між психологією і консультуванням:

- 1) консультування спрямоване на аналіз проблеми клієнта, що безпосередньо пов'язане з почуттями, думками і діями, що сприяють зміні ситуації;
- 2) процес консультування носить психологічний характер: отримана при консультації інформація проявляється у свідомості клієнта безпосередньо в момент консультації, в періоди між зустрічами з консультантом, а також після того, як консультування закінчено і клієнт починає допомагати собі сам;
- 3) теорії консультування базуються на відомих психологічних школах, напрямках.

Незважаючи на широкий сенс терміна "консультування", основне його значення полягає в тому, щоб допомогти клієнту керувати власним життям завдяки реалістичної оцінки і розуміння своїх переживань.

Складові консультування: 1) особистість клієнта та її переживання;

- 2) особистість консультанта;
- 3) взаємовідносини між клієнтом і консультантом;
- 4) процедури (методи, техніки) консультування, спрямовані на вирішення проблем клієнта.

Консультування можуть проводити психологи, соціальні працівники, педагоги або лікарі, які пройшли спеціальну підготовку. В якості клієнтів розглядаються як здорові, так і хворі люди, які пред'являють проблеми екзистенціальної кризи, міжособистісних конфліктів, сімейних утруднень або професійного вибору. Важливо, що клієнт сприймається консультантом як дієздатний суб'єкт, відповідальний за вирішення своєї проблеми.

Методологічні основи консультування закладені у фундаментальних психологічних дослідженнях. Різні теоретичні та емпіричні підходи до даної

проблеми довгий час найбільш активно розвивалися за кордоном. Базовою основою консультування послужила "розмовна терапія" (talking cure) З. Фрейда, пояснює емоційні стани за допомогою звернення до дитячих переживань. Дозвіл проблем у відповідності з цим підходом здійснюється з допомогою катарсису. Істотний внесок у розробку теоретичних засад консультування вніс Карл Роджерс, акцентуючи увагу фахівців на головному інструменті консультування - якості взаємовідносин консультанта і клієнта, створення певних терапевтичних умов, заснованих на емпатії, щирості і безумовне позитивне ставлення консультанта до клієнта. Директивні методи, спрямовані на зміну поведінки клієнта у бік реалізму, розроблялися в когнітивно-біхевіористском напрямку.

У літературі виділено три основних підходи в консультуванні, що базуються на фундаментальних теоріях психологічних шкіл:

1. Проблемно-орієнтоване консультування. Направлено на аналіз сутності і зовнішніх причин проблеми, пошук шляхів вирішення.
2. Особистісно-орієнтоване консультування, центром уваги якого є аналіз індивідуальних причин проблеми, деструктивних особистісних стереотипів та їх попередження в майбутньому.
3. Консультування, орієнтоване на виявлення ресурсів для вирішення проблеми.

Для того, щоб початківець міг вибрати "свою" теорію, "своє" напрямку з різноманіття теорій консультування, необхідно глибоко вивчити першоджерела, тобто книги і статті, написані теоретиками різних напрямів консультування. Не менш важливо відвідувати навчальні курси та семінари, які ведуть компетентні прихильники (практики-психотерапевти) різних консультативних підходів, що допоможе провести порівняльний аналіз різних теорій, оцінюючи їх сильні і слабкі сторони. З метою більш глибокого вивчення конкретного теоретичного підходу фахівець може побувати в ролі клієнта психолога-консультанта, практикуючого даний підхід (направлення) та "відчути" дієвість теорії на власному досвіді. Таким

чином, ресурси для побудови особистої теорії беруться із двох основних джерел знання: теорії консультування та особистого професійного досвіду консультанта.

Освоївши теоретичні та практичні аспекти психологічних шкіл, придбавши певний досвід, консультант в залежності від ситуації та особливостей клієнта може використовувати еkleктичний підхід у своїй роботі. Сучасний погляд вчених на навчання консультуванню орієнтований на те, що психологічні теорії не є жорсткою підбіркою методів. Дослідники вважають, що еkleктичного підходу в роботі дотримуються близько 70% психотерапевтів і консультантів. Розвиток індивідуального стилю передбачає знання теорії різних підходів до консультування та вміння інтегрувати їх у своїй роботі з урахуванням своїх особливостей як консультанта, а також потреб і особливостей клієнта.

Будь-яка діяльність, включаючи консультування, має певну мету, яка повинна базуватися на потребах клієнта. Виділяють дві основних мети консультування:

- 1) підвищення ефективності управління клієнтом власним життям;
- 2) розвиток здатності клієнта вирішувати проблемні ситуації і розвивати наявні можливості.

У соціальній роботі метою консультування є допомога людині в знаходженні як можна більшої кількості варіантів поведінки, думок, почуттів, вчинків для активної взаємодії з людьми і групами в соціумі. Консультант допомагає людині усвідомити проблеми, які він не контролює, змінити свої установки по відношенню до оточуючих і у відповідності з ними коригувати свою поведінку. Таким чином, основні цілі консультування мають спрямованість на підвищення задоволеності життям, що безпосередньо пов'язано з особистісним зростанням людини, розвитком навичок подолання труднощів, вміння зав'язувати і підтримувати міжособистісні відносини.

Перед консультантом в соціальній сфері стоять різноманітні конкретні завдання, наприклад, допомогти клієнтові впоратися з поточними соціально-

професійними або індивідуально-особистісними проблемами або допомогти клієнту психологічно і соціально вийти з кризової (екстремальної) ситуації, допомогти родині у вирішенні тих проблем, в яких вони зазнає найбільших труднощів.

Для здійснення цілей і завдань консультування фахівці користуються певними методами. Метод (від грец. *methodos* - шлях дослідження або пізнання, теорія, вчення) визначається в науці як спосіб досягнення якої-небудь мети, рішення конкретної задачі; сукупність прийомів або операцій практичного або теоретичного освоєння (пізнання) діяльності.

Єдиної класифікації методів консультування не існує, однак виділяють кілька підстав для класифікації:

- 1) дослідження проблем (збір інформації, діагностика);
- 2) зняття емоційної напруги;
- 3) визначення пріоритетів проблем і робота над її рішенням;
- 4) психопрофілактика.

До першої групи методів належать: бесіда (інтерв'ю), спостереження, тестування, анкетування, біографічний метод і т. д.

Основним методом консультування є певним чином організована бесіда як системна ситуація спілкування (умова взаємодії клієнта і консультанта, в процесі якого має місце прийняття останнім професійних рішень стосовно проблем клієнта.

Метод спостереження - це метод збору інформації про досліджуваному об'єкті шляхом безпосередньої реєстрації фактів (подій і умов), значимих з погляду цілей дослідження (в ситуації консультування - дослідження консультантом клієнта як особистості, особливостей його життєвої ситуації і проблем тощо). Даний метод використовується в процесі консультування на всіх етапах, у результаті чого з'являється можливість уточнення запиту клієнта (над чим саме він готовий

працювати в даний момент), формулювання, перевірки та коригування консультантом виникають у нього гіпотез стосовно проблем клієнта.

Тестування може проводитися консультантом у формі опитування, експерименту, короткострокового завдання. Тест відрізняється від інших психодіагностичних методик своєю стандартизованістю (існування завдання, чіткої інструкції, прописаної процедури тестування, є стандартними і способи обробки та інтерпретації тестових завдань). Особливо популярні у вітчизняній психосоціальної роботи проєктивні тести, які застосовуються при самих різних напрямках в консультуванні: виявленні ставлення клієнта до власного життя, до сім'ї, друзям і колегам (рисункові тести "Будинок, дерево, людина", "Неіснуюча тварина" тощо). Більш глибокі результати дослідження отримують при комплексному застосуванні методів бесіди, спостереження, тестування.

Анкетування дозволяє зібрати матеріал про інтереси, особливості особистості, психологічних проблемах і вчинках клієнта. Перш ніж почати анкетування, для достовірності результатів необхідно налагодити робочий контакт з клієнтом, що включає довірчі відносини, щирість і відкритість. Зміст запитань анкети може бути спрямована на вивчення планів на майбутнє; особливостей поведінки; соціальне положення; рівня знань і т. д.

Біографічний метод - спосіб дослідження, діагностики, корекції і проєктування життєвого шляху особистості. Джерелом даного методу є: опитування близьких людей, аналіз документів (щоденників, листів і т. д.), біографічні методики (твори, діаграми життєвих змін і т. д.).

Друга група методів спрямована на зняття емоційної напруги клієнта. Вони можуть використовуватися в будь-якому напрямку консультативної роботи. Такі методи називають катарсическими. Емоційний стан клієнта, безумовно, впливає на процес консультування, у зв'язку з цим зняття напруги, створення безпечного і сприятливого середовища - одне із завдань консультанта. Створення такої

обстановки можливе за допомогою застосування наступних методів: вербальна та невербальна підтримка, нерефлексивно слухання, дихальні методи, арт-терапія.

Третя група методів: визначення пріоритетів проблем і робота над її вирішенням. Використовуються для аналізу проблем, аналізу чинників, що викликають проблему, аналіз взаємного впливу цих факторів, порівняння різної інформації і ін, що дозволяє визначити ступінь важливості проблем і терміновість їх вирішення. До таких методів відносять, наприклад, метод ранжирування альтернатив, з допомогою якого можливо упорядкувати всі варіанти вирішення досліджуваних соціальних проблем з певного рангу як найменш або найбільш бажані.

Четверта група методів спрямована на психопрофілактику. Це діяльність з психопросвещенню клієнта або його сім'ї: бібліотерапія (використання спеціально підібраного для читання матеріалу як терапевтичного засобу з метою вирішення особистих проблем за допомогою спрямованого читання), тренінги на теми: пошук роботи, сексуальні відносини, розподіл часу, ставлення до грошей і багато інші важливі для клієнтів соціальної сфери теми.

Консультування в соціальній сфері може здійснюватися як в індивідуальному, так і в груповому форматі. Індивідуальне консультування дозволяє створити камерну, інтимну атмосферу, в якій людині буває простіше розкрити свої секрети, довіритися консультанта і проаналізувати можливості змін свого життя. У груповій роботі буває важко приділити увагу дослідженню глибоких особистих проблем клієнта, однак робота з групою дає можливість спеціалісту виділити типове, загальне для клієнтів соціальної сфери, сформувати групу на основі спільних проблем та інтересів. Групи можуть використовуватися: у виправних цілях; для забезпечення нормального розвитку окремих членів групи, особливо в критичні періоди росту; для вирішення загальних проблем даної категорії клієнтів; в цілях психообразовання.

До бажаними результатами консультативної допомоги відносять психоемоційну стабілізацію; краще розуміння себе, своєї ситуації і інших людей; прийняття рішення та реалізацію клієнтом рішення. У роботі з сім'єю критерієм ефективності роботи консультанта є зміна відносини у таких сім'ях дітей; здатності батьків, членів сім'ї налагодити побут та функціонування сім'ї для створення безпечної емоційної і фізичної атмосфери, що сприяє розвитку особистості кожного члена сім'ї.

2.2. Споживачі соціальних послуг (клієнти)

Клієнтом соціальної служби може бути будь-яка людина, незалежно від громадянства, що знаходиться у важкій життєвій ситуації. Згідно російському законодавству, споживачами послуг, клієнтами фахівців соціальної сфери можуть бути як особистість, так і сім'я. Клієнтом є та людина, самостійно звернувся в соціальну службу, і спрямований в судовому порядку. Таким чином, умовно звільнені, що знаходяться під патронажем підлітки, батьки, позбавлені батьківських прав, можуть вважатися клієнтами, так само як і, наприклад, літні люди, які потребують короткостроковому або тривалому догляді. Консультант соціальної сфери працює не з якоюсь однією категорією клієнтів, а з кількома, кожна з яких вимагає певного підходу.

Поняття "важкій життєвій ситуації" у відповідності з Федеральним законом "Про основи соціального обслуговування населення в Російській Федерації" включає такі її різновиди: інвалідність, нездатність до самообслуговування у зв'язку з похилим віком, хворобою, сирітство, бездоглядність, малозабезпеченість, безробіття, відсутність визначеного місця проживання, конфлікти і жорстоке поводження у сім'ї, самотність і т. п. Важка життєва ситуація - це не тільки об'єктивне порушення життєдіяльності, але і загроза його виникнення, наприклад особливе психічний стан, що перешкоджає нормальній (спокійного) життя індивіда, групи або спільності.

Наявність труднощі (об'єктивних обставин) не завжди веде до утруднення (відповідного суб'єктивного відображення), а утруднення не завжди викликається дійсним наявністю труднощі. У першому випадку, об'єктивно відчуваючи труднощі, індивід (група і т. д.) не сприймає її як щось непереборне, а в другому - суб'єктивний страх не має реальних підстав. В тому і в іншому випадках при об'єктивних або суб'єктивних труднощах, відбувається порушення життєдіяльності людини або групи. В основі як труднощі, так і утруднення лежить нестача (дефіцит) коштів регулювання об'єктивної або суб'єктивної сторони життєвої ситуації.

Консультування людини, яка знаходиться в об'єктивно важких життєвих обставин, але не сприймає їх як щось непереборне, дозволяє надавати ефективну допомогу у вирішенні його проблеми. Досить важко надати консультативні послуги тим клієнтам, які об'єктивно знаходяться у важкій життєвій ситуації (бідність і злидні, алкоголізм і наркоманія, проституція і бездоглядність дітей тощо), але не вирішують її, вважають, що у них немає і не буде ресурсів для цього, не збираються нічого змінювати. Як правило, такі клієнти не приходять на консультацію за власним бажанням, їх "спрямовують" до консультанта, що впливає на процес консультування, ефективність і продуктивність якого пов'язана, передусім з особистістю клієнта. У науковому підході до проведення консультування закладена необхідність запиту на допомогу з боку клієнта і, відповідно, наявність внутрішньої психологічної готовності людини до особистісного росту, яка включає:

- готовність скористатися професійною допомогою;
- бажання щось змінювати у собі;
- актуальність і значимість проблеми (запит, скарга);
- здатність спостерігати самого себе (рефлексія).

Таким чином, частина клієнтів консультанта соціальної сфери висувують конкретний запит на допомогу в зміні важкій життєвій ситуації, інша частина клієнтів може такого запиту не мати. У цьому випадку перед консультантом

передусім стоїть завдання допомогти клієнту сформулювати запит. Для цього консультант має визначити можливі проблеми клієнта. Клієнтом соціальної служби, як відзначають вчені, стає людина, що має проблему на рівні соціальних, ментальних і психоментальних зв'язків. Ці рівні визначаються на основі виділення трьох сфер особистості: діяльнісної (реального соціального взаємодії), когнітивної (розумової), емоційною (чуттєвою).

Проблема на рівні соціальних зв'язків - це неузгодженість взаємодії людини з іншими людьми, групами, соціальними інститутами (сім'я, робота, дозвілля), що визначає ступінь адаптованості в соціокультурних обставин.

Проблема на рівні ментальних зв'язків з суспільством і групою являє собою розлад смислової комунікації індивіда з групою і суспільством. Враховуючи, що ментальний рівень взаємодії визначається рівнем розвитку в індивіда інтелектуальних здібностей і набутим соціальним досвідом, передумовами виникнення проблем на ментальному рівні можуть бути психічні розлади різного характеру, затримка психічного розвитку. З такими клієнтами працюють клінічні психологи соціальної сфери. Разом з тим можна говорити, що психічно здорові люди можуть відчувати труднощі в розумінні і усвідомленні смислової складової комунікації з оточуючими.

Психоментальні зв'язки - емоційна сторона взаємовідносин, існуючих у суспільстві, групі, їх суб'єктивна значущість для людини, а також ставлення до самого себе. Сюди включені проблеми, обумовлені емоційним неприйняттям "образу Я", а також проблеми, що виникають в ситуаціях, коли та або інша група не задовольняє потреби суб'єкта у психологічному комфорті, прийнятті (негативний мікроклімат у родині призводить до порушень у подружжя, батьків, дітей почуття захищеності).

Поділ проблем на вищезазначені рівні соціальних, ментальних і психоментальних зв'язків умовно, так як дії, думки і емоції людини взаємопов'язані.

Однак за допомогою даного підходу можлива концентрація консультанта на труднощі, які відчуває людина в більшій мірі на тому чи іншому рівні.

Труднощі, проблеми є в кожній людині, тому необхідно донести до клієнта, що наявність проблем - це нормальне явище. Усвідомлення цього положення є перший крок до усунення проблем. Серйозні порушення викликає лише тривала нездатність вирішувати свої проблеми або навчитися жити з ними. Кожна проблема, незважаючи на видиму типовість, є неповторною. Кожен випадок консультування унікальний і вимагає розуміння у контексті життя конкретного клієнта. Тому не може бути схем, алгоритмів вирішення окремих проблем.

Разом з тим існують деякі орієнтири для консультанта, що дозволяють структурувати свою роботу у відповідності зі знаннями про загальні напрямки консультування, пов'язаних з тією або іншою проблемою і можливих типах поведінки клієнтів в консультативному просторі.

Так, наприклад, часто висуваються проблеми - погана успішність підлітків в школі, порушення поведінки; у дорослих - труднощі на роботі (незадоволеність роботою, конфлікти з колегами і керівниками, можливість звільнення), невлаштованість особистого життя і негаразди в сім'ї. Всі ці проблеми так чи інакше пов'язані з порушенням соціалізації, що є предметом роботи фахівця соціальної сфери (проблема на рівні соціальних зв'язків). Як у дітей, так і у дорослих ці проблеми можуть бути наслідком нестачі впевненості в собі і самоповаги (проблема на рівні психоментальних зв'язків); коливань в ухваленні рішень, непорозуміння в комунікації з іншими людьми (проблема на рівні ментальних зв'язків). Усвідомлюючи роль того чи іншого рівня проблеми в кожному конкретному випадку, консультант може підібрати певні методи, спрямовані на корекцію емоційної, поведінкової та когнітивної складових міжособистісної взаємодії клієнта з оточуючими.

Існує ряд проблем, які передбачають певну специфіку консультативного процесу: консультування при переживанні провини, алкоголізмі, переживанні втрати і ін У таких випадках потрібна більш глибока робота з клієнтом команди фахівців соціальної установи: психолога, педагога, соціального працівника.

Визначивши проблему і сформулювавши запит на допомогу фахівцеві слід враховувати особливості поведінки клієнтів під час консультування. Практика показує, що є деякі загальні типи такої поведінки і можливість у цьому зв'язку виділити тривожних; вороже налаштованих; "немотивованих" клієнтів; клієнтів, що пред'являють завищені вимоги; плачуть клієнтів. Особливості взаємодії з такими клієнтами розглядаються нижче.

Успішність консультативного процесу багато в чому залежить від розуміння консультантом позиції клієнта в консультативному процесі. Існування трьох базових видів ставлення клієнтів до психологічного консультування виділено А. А. Бодолевым і Ст. Ст. Сталіним:

1. Ділова орієнтація (ділове ставлення) клієнта:

- а) адекватна орієнтація - клієнт щиро зацікавлений у зміні своєї ситуації (у вирішенні своєї проблеми), він не сумнівається у професійній компетентності консультанта, готовий співпрацювати, довіряє установі, в який звернувся, чекає допомоги, можливої в його ситуації, не переоцінює ймовірний ефект допомоги;
- б) неадекватна орієнтація - клієнт явно перебільшує (неадекватно сприймає) можливості консультанта ("маг і чарівник, тільки Ви можете мені у всьому і відразу допомогти").

2. Рентна орієнтація (рентне ставлення) клієнта:

- а) тип клієнта: "чарівний рантьє" - відвертість клієнта, випробовувані їм страждання і знегоди, його чарівність, симпатія і довіра до консультанта - це той якийсь психологічний капітал, за який клієнт неминуче отримає (обов'язково очікує отримати) певні відсотки у вигляді, по-перше, "перекладання" відповідальності за

консультування "на плечі" консультанта, і у вигляді інших подібного роду психологічних вигод (феномен "вторинної вигоди");

б) тип клієнта "вимогливий рантьє" - клієнт хоче отримати "належний" йому певний соціально-психологічний "відсоток" від самої клієнтської позиції відвідувача консультації. Клієнт отримує позитивні емоції від того, що про нього "дбають", надають йому увагу, персонально і направлено здійснюють допомогу саме йому і т. д.

3. Ігрова орієнтація (ігрове ставлення) клієнта.

Клієнт тільки зовні зацікавлений у зміні своєї життєвої ситуації, що виражається насамперед у контексті взаємодії клієнта з консультантом ("Подивимося, такий Ви фахівець, яким Ви представляєтеся"). Докази компетентності консультанта клієнт приймає з помітним пошвавленням, але при цьому висуває нові "екзаменаційні питання". Таким чином, клієнт як би соціально-психологічно "грає в консультування". Такий клієнт відноситься до консультування несерйозно.

На залежність успішного вирішення поставлених у консультуванні завдань від типу клієнта вказують також Стів де Шейзер, В. Кім Берг, Єва Липчик, які виділяють наступні типи клієнтів:

"Відвідувач" - як правило такого клієнта направляють до психолога - консультанта, він приходить не зі своєї волі, своїх проблем не бачить або бачить, але як відображення думки інших людей. Він відбуває службу на консультації.

"Скаржник" - звинувачує у всіх своїх невдачах і проблемах оточуючих, долю, обставини. Він може охоче приходити на консультацію і охоче розповідати про свої проблеми. Проте змін він очікує насамперед від інших людей, в його уявленні, якщо зміняться оточуючі, то в його житті все налагодиться.

"Клієнт" - знає, що у нього є проблеми, має уявлення про те, що йому хотілося б змінити в собі самому і своєму житті, володіє досить сильним бажанням активно діяти.

В соціальній сфері, як показує практика, більшість приходять на консультацію людей належать до першим двом типам: "відвідувач" і "скаржник". Для цих типів клієнтів основними завданнями будуть встановлення терапевтичного контакту, довірчої атмосфери і виділення проблеми. Однак не менш важливим є перетворення позицій "відвідувач" або "скаржник" в позицію "клієнт".

Крім індивідуального консультування в практиці соціальної роботи велике місце займає сімейне консультування, де в центрі уваги фахівців виявляються асоціальні, неблагополучні сім'ї, сім'ї "групи ризику". Статус сім'ї є комплексною характеристикою, що відбиває становище сім'ї в певній сфері життєдіяльності в даний момент часу, її адаптацію, виховні та педагогічні функції стосовно дітей, взаємовідносини між членами сім'ї і ставлення до дітей, її рівень культури, відповідність цінностей сім'ї нормами і правилами життя в суспільстві. Визначення статусу сім'ї дозволяє фахівцям планувати корекційну роботу в процесі консультування. Основні категорії сімей - клієнти соціальної сфери:

- асоціальна сім'я - тип сім'ї, що представляє собою порушену систему цінностей, розбалансовану та непридатну для виховання дитини;
- неблагополучна сім'я - характеризується низьким соціальним статусом у різних сферах життєдіяльності, тому вона не справляється з покладеними на неї функціями, при цьому її адаптивні можливості значно знижені;
- сім'я "групи ризику" - тип сім'ї, в якій відхилення не стали ще дезадаптируючим фактором, але ускладнюються негативними характеристиками.

Невідповідність соціальних стандартів не усвідомлюється членами сім'ї як важлива проблема, здатна порушити життєдіяльність такої сім'ї.

Консультативна робота із сім'ями - клієнтами соціальної сфери проводиться групою фахівців і включає соціально-педагогічне, психолого-педагогічне та психологічне консультування. Іншими словами, потрібна спільна робота соціального працівника, соціального педагога та психолога.

2.3. Основи консультативної взаємодії

Основою консультування є терапевтичне спілкування. Воно якісно відрізняється від будь-якого іншого виду спілкування, де у людей можуть бути різні соціальні ролі (батьки і діти, викладачі та студенти, друзі та колеги і т. д.). Клієнт приходить на консультацію для вирішення своїх проблем. Однак цілком ймовірно, що ці ж проблеми він не раз обговорював з іншими людьми - друзями або родичами. Коли людина пред'являє свою проблему, партнер по спілкуванню якимось чином реагує на почуте. При світському спілкуванні існує набір стандартних фраз-реакцій, які дозволяють слухав "проявити співчуття", втішити співрозмовника шляхом підбадьорювання, заперечення серйозності ситуації або почуттів. Прагнення допомогти відразу вирішити проблему народжує бажання "порадити". Як правило, така поведінка призводить до відчуття "непонятости" поставила проблему і небажання надалі глибоко обговорювати проблему. Можливо і сильне віддалення, подальше спілкування може стати поверхневим. Подібні реакції з боку консультанта неефективні, вони дискредитують консультанта в очах клієнта і можуть стати причиною припинення консультативного процесу за ініціативою клієнта.

У процесі консультації необхідно зміцнити довіру, тому консультант не повинен вести себе нещиро, говорити банальності або неправду. Довіра зростає, якщо консультант відкрито того, що він чує, чесний у своїх відповідях, і ніколи не бреше, навіть заради того, щоб утішити або безпідставно обнадіяти клієнта. Створити довіру допомагають такі форми реагування консультанта на мову і поведінку клієнта, які не носять характеру загрози або несвоєчасного енергійного втручання.

Організація процесу спілкування в консультуванні передбачає певну поведінку консультанта, яке, на думку одного із засновників консультування К. Роджерса, зводить до мінімуму будь-яку потребу клієнта в захисті, а також вплив будь-яких упереджень на висловлені клієнтом почуття, думки, установки. Мотивація особистості до повідомлення про свій внутрішній світ, про свої

проблеми здійснюється з допомогою використання консультантом спеціальних технік. Разом з тим консультант, який намагається використовувати якийсь "метод", приречений на невдачу, якщо тільки цей метод ідеально не узгоджено з системою його внутрішніх переконань та ставлення до світу. Першорядне значення тут мають переконання консультанта, що стосуються цінності і значущості особистості людини, позначених К. Роджерсом: 1) кожна особистість має безумовною цінністю і, безсумнівно, заслуговує поваги як така; 2) кожна особистість у змозі бути відповідальною за себе саму; 3) кожна особистість має право обирати і відстоювати свої цінності і цілі, приймати самостійні рішення.

Слід врахувати, що, навмисно чи ні, консультант завжди впливає на клієнта як своїми висловлюваннями, так і своєю поведінкою.

Незалежно від індивідуальних особливостей консультанта, існує ряд необхідних особистісно-професійних якостей, що визначають поведінку консультанта:

- емпатія;
- гнучкість (в переконаннях, в емоційних реакціях, поведінці і т. п.);
- активність (ініціативна і продуктивна особистісна позиція);
- здатність до рефлексії (схильність до самоаналізу);
- доречне (професійно адекватне) почуття гумору;
- націленість на результат і спрямованість на процес.

Професійна придатність консультанта забезпечується делікатністю, автентичністю, відкритістю, конкретністю, безпосередністю, комунікабельністю, ініціативністю, гуманністю, доброзичливістю, витримкою і самовладанням, артистичністю, ерудицією, педагогічним тактом. Детальніше зміст деяких з названих якостей подано в дод. 1. Процес навчання професії консультанта передбачає роботу майбутнього фахівця з розвитку у себе даних якостей.

До професійно шкідливим, недоречним для консультанта особистісних рис належать: авторитарність ("деспотичність", директивність); залежність (як особистісна риса); пасивність (безініціативність); замкнутість (закритість); схильність використовувати клієнтів для задоволення (реалізації) своїх потреб (потреб); невміння бути терпимим (толерантним) до різних особистісним баченням і проявів клієнтів; низький самоконтроль (слабкий самоконтроль).

Істотне значення в консультативній бесіді мають особливості поведінки клієнтів, які можуть викликати труднощі у консультанта.

Принципи поведінки консультанта: доброзичливе і безоціночне ставлення до клієнта, орієнтація на норми і цінності клієнта, анонімність, розмежування особистих і професійних відносин, включення клієнта в процес консультування.

Важливим при аналізі консультативної спілкування є питання визначення консультантом своєї ролі, позиції по відношенню до клієнта. Початківці консультанти повинні вміти аналізувати себе, свою роль у процесі професійного спілкування і те, в якій ролі сподівається бачити консультанта клієнт. Для цього консультанту корисно обміркувати, чи він грає роль друга клієнта, професійного радника, учителя, експерта, супутника клієнта і тд. Слід зазначити, що ця роль звичайно залежить від приналежності консультанта до визначеної теоретичної орієнтації, його кваліфікації, особистісних рис, а також очікувань клієнта. Якщо у консультанта немає ясності в цьому питанні, він буде керуватися у своїй роботі не визначеними теоретичними принципами, а лише чеканнями і потребами клієнта, іншими словами, буде робити лише те, на що сподівається і чого хоче клієнт. Клієнти ж найчастіше очікують, що консультант візьме на себе відповідальність за успіх їхнього подальшого життя і розв'яже нагальні проблеми - де учитися, як улагодити конфлікти на роботі, чи розводитися з чоловіком і т. д.

Необхідно враховувати проблему відповідальності у консультативному взаємодії. Включення клієнта в процес консультування - принцип, що забезпечує зміни, необхідні людині для вирішення його проблем. Бажаний результат здатне

принести лише те, що чоловік вирішив зробити сам, а не за "вказівкою" нехай навіть авторитетного для нього людини, яким є консультант.

Відповідальність консультанта поширюється на організацію процесу консультування, забезпечення робочого взаємодії з клієнтом (встановлення контакту, довірчих відносин, забезпечення безпечної обстановки, створення атмосфери, що сприяє саморозкриття клієнта, вибір адекватної позиції і ролі). Консультант несе відповідальність за власне самопочуття і за власні емоційні стани, які з'являються у нього до, після або в процесі консультативної бесіди, за підвищення свого професійного рівня, а також за відділення від особистого професійного. В обов'язки консультанта входить вирішення етично-правових питань, що стосуються конфіденційності, надання інформації іншим особам, прийняття рішення про втручання у випадках небезпеки для дитини і т. д. Його відповідальність полягає в тому, щоб ретельно, чесно і уважно виконувати свої професійні обов'язки.

Початківцям консультантів, які працюють у соціальному закладі, іноді дуже складно утриматися від того, щоб не стати на чийсь сторону, не почати захищати або оберігати когось зі своїх підопічних, що неминуче призводить до втрати нейтральності та упередженості суджень.

Відповідальність клієнта в консультативному процесі полягає у прояві активності для здійснення поставлених завдань. Особливої уваги вимагає аналіз того, з чим звертається клієнт, на що скаржиться. У кожній скарзі міститься запит ("врятуйте", "поясніть", "допоможіть" та ін), який може бути конструктивним і неконструктивним. Прикладом неконструктивний запиту може служити маніпулятивний запит, коли клієнт формулює свої труднощі як потреба змінити когось, він жадає допомоги в управлінні кимось ("зробіть так, щоб дитина став слухняним, добре вчився", "вплинути на мого чоловіка,робіть так, щоб він не пив" та ін.). Виняток тут становить запит батьків щодо дитини з важкими поведінковими і психічними порушеннями.

У разі неконструктивний запиту консультант в першу чергу має працювати над його переформулюванням, тобто трансформацією неконструктивний запиту в конструктивний, до яких відносять:

- запит інформації (про межі норми, про можливості зміни ситуації тощо);
- запит про допомогу в самопізнанні (клієнт намагається розібратися у своїй ролі з приводу того, що відбувається з ним, потребує допомоги самоприйняття і саморозуміння);
- запит про допомогу в саморозвитку (клієнт формулює свою потребу конкретно - "допоможіть навчитися", "допоможіть керувати своїми емоціями" і т. д.). Іншими словами, відбувається "переклад" вектора (спрямованості) скарги клієнта з інших людей на нього самого і, як наслідок, - прийняття клієнтом всієї повноти відповідальності за те, що відбувається з ним (за всю його власне життя) саме на самого себе.

Це означає виховання в клієнті впевненості в собі, розвиток переконання в тому, що людина сама творець (коваль, делатель) свого щастя.

2.4. Етапи консультування

Консультування необхідно починати з планування часу. Оптимальний часовий режим роботи дозволяє консультанту виконувати його професійні обов'язки на високому технологічному рівні, підтримувати професійну майстерність та підвищувати свою професійну кваліфікацію.

Структура процесу консультування починається з планування зустрічі з клієнтом.

Підготовка до неї складається з ряду стадій:

1. Складання попереднього уявлення про клієнта та його проблему. Відомості, отримані консультантом перед початком роботи з клієнтом, допоможуть реалізувати наступні етапи підготовки до консультації.
2. Систематизація знань з наявної проблеми. На даному етапі консультант може переглянути літературу з даної проблеми; проконсультуватися з колегами; ознайомитися з новими дослідженнями.

3. Розробка плану проведення консультацій. Слід врахувати, що наявність плану може мати позитивну і негативну сторони. Консультанту необхідно вміти змінювати намічений план в залежності від ситуації, інакше можна втратити важливі для клієнта моменти, головні напрямки подальшої роботи.

4. Підбір психодіагностичних засобів.

Застосування даного алгоритму дозволить, особливо консультантам-початківцям, відчувати себе впевнено в процесі роботи.

Процес консультування також можливо представити у вигляді послідовно змінюють один одного етапів. Вчені пропонують різні моделі консультування.

Більшістю фахівців на практиці використовується п'ятиетапна методика консультування:

I етап. Встановлення і закріплення довірчих взаємин з клієнтом (підтримання консультантом довірчих відносин з клієнтом повинно здійснюватися протягом усього процесу консультування). Консультант підтримує клієнта, створює для нього умови психологічної безпеки і викликає у клієнта довіру до себе як до професіонала.

II етап. "Сповідь" клієнта консультанту (суб'єктивне емоційне словесне виклад клієнтом його психологічних і соціально-психологічних проблем). У консультанта виникає загальне уявлення про внутрішні і зовнішні причини психосоціальних проблем клієнта, і з'являються перші робочі гіпотези - ймовірне судження про закономірною (причинного зв'язку явищ. Завдяки консультативним гіпотез консультант може сформулювати той ряд психосоціальних проблем, з якими прийшов до нього клієнт. Фахівець починає формулювати попереднє професійне консультативний висновок.

III етап. Аналіз (осмислення, обдумування) соціально-психологічної проблематики клієнта; перевірка генеральної консультативної робочої гіпотези.

IV етап. Всебічна професійна опрацювання консультантом значущих проблем клієнта, пошуки здійснення консультантом разом з клієнтом оптимальних рішень проблем клієнта та знаходження ресурсів (з метою вирішення соціально-психологічних складнощів клієнта і виходу з його важкою життєвої ситуації).

V етап. Рекомендації клієнту і завершення консультативного процесу, коротке узагальнення консультантом того, що відбувалося протягом усього процесу консультування, повторне "промовляння" (для клієнта) обраних спільно з клієнтом варіантів вирішення проблеми.

У завершальній частині процесу консультування також обговорюється, якщо це необхідно, подальше спілкування (професійна взаємодія) консультанта з клієнтом.

У соціальній роботі консультант допомагає клієнтові у вирішенні конкретної проблеми. У цьому зв'язку стадії консультування зручно розглядати за допомогою моделі Дж. Егана. Дана модель розглядає консультування як "менеджмент проблем", що означає управління, а не рішення, так як не всі проблеми можуть бути остаточно вирішені. Центральними стадіями моделі є:

- 1) визначення проблеми (допомога клієнту у викладі його історії; фокусування; активізація);
- 2) формування цілей (розробка нового сценарію і набору цілей; оцінка цілей; вибір цілей для конкретних дій) ;
- 3) здійснення дій (вироблення стратегій дій; реалізація стратегій).

Перша стадія, на якій встановлюються довірчі відносини, спрямована на створення картини "поточного сценарію", тобто проблемної ситуації. На другій стадії консультант разом з клієнтом формує "новий сценарій", за допомогою якого ситуація може бути поліпшена. На третій стадії виробляються стратегії досягнення цілей, дій, необхідних для переходу від поточного сценарію" до "бажаного".

Існують культурні й індивідуальні проблеми, які виникають на різних стадіях (етапах консультування), які консультанту необхідно враховувати.

Не можна слідувати жорстким нормам проведення консультативної бесіди, проте необхідно структурувати процес консультування. Консультанту-початківцю особливо слід вчитися планувати консультацію і консультативний процес у відповідності з етапами консультування.

4.5. Техніки консультування

Базовою основою будь-якого виду консультування є комунікативні техніки. Як відомо, комунікація відбувається як на вербальному, так і на невербальному рівнях.

Володіння консультантом знаннями невербальної мови і навичками рефлексії власної невербальної поведінки допомагає створенню довірчих відносин і більш глибоке розуміння клієнта. Одна з основних функцій невербальної комунікації - за допомогою зовнішнього поведінки проявляти емоції. Сигнали тіла повідомляють про емоційний стан людини і роблять це більш ефективно, ніж слова, опиняючись більш переконливими з-за своєї природної спонтанності і стійкості до фальсифікації (обману). Як правило, мова супроводжується невербальними вокальними (інтонація, паузи, вокалізації і т. д.) і кінестетическими елементами (пози, жести, міміка, погляд).

Коли те, що людина виражає з допомогою мови (вербальний канал комунікації), не відповідає тому, що він виражає з допомогою тіла (невербальний канал комунікації), його партнер по взаємодії звертає більше уваги на невербальні "повідомлення". Це пов'язано з тим, що за мовою тіла можна безпосередньо спостерігати, він знаходиться на поверхні, і її складніше приховати.

Руху тіла багато говорять про людину, часом навіть те, що він не може висловити словами. Здатність консультанта з допомогою знання невербальної мови озвучувати переживання клієнта є важливим інструментом консультування. Враховуючи, що комунікація - це двосторонній процес, консультант повинен

усвідомлювати, що його невербальна поведінка також "читається" клієнтом. Коли консультант спокійний і контролює ситуацію, то передає клієнтові відчуття благополуччя, відповідно, не залишаються не поміченими і пережиті консультантом стреси або незручність. З допомогою мови тіла консультант мимоволі повідомляє про своє ставлення до клієнта.

Вербальна активність завжди відбувається паралельно з тими чи іншими рухами: позою, жестами, мімікою, поглядом.

Поза - це положення тіла, яке людина приймає свідомо чи несвідомо. Вона може мати діагностичний зміст, повідомляючи консультанта про емоційний стан і особистісні особливості людини. Крім того, поза має величезне прагматичне значення і може впливати на поведінку інших людей. Розрізняють відкриту та закрити пози, позу-домінування і позу-підпорядкування.

Жести- це безмовне дія, яка не перериває мову і не служить для неї перешкодою. З допомогою жесту одного-єдиного руху людина може:

- передати таку кількість інформації, яку він не зміг би передати за допомогою одного слова, а лише з допомогою досить великої кількості слів;
- висловити зворотний зв'язок відправнику повідомлення, не перериваючи його і не претендуючи на право висловлюватися;
- прояснити потенційну неоднозначність висловлювання, роз'яснюючи, про що саме йде мова;
- висловити елементи досвіду або переживання, які важко адекватно передати словами.

Існуючі класифікації розрізняють символічні, ілюструють, експресивні, що регулюють жести, жести адаптації або управління собою.

З допомогою символічних жестів тиснуть руку на знак привітання або вказують на об'єкт або напрямок.

Рухи тіла, особливо рук, з допомогою яких людина пояснює, доповнює те, що він висловлює в словах, розставляє акценти, підкреслює головне або посилює вербальне висловлювання, відносять до ілюструє жестам.

Експресивні жести є індикаторами емоційного стану. Наприклад:

- переживання смутку і нудьги виражається в повільній і "важкої" жестикуляції, часто при цьому зігнуті плечі людини, а руки складені на грудях;
- радість, як правило, проявляється у жвавій жестикуляції;
- людина, що прикриває обличчя руками, часто відчуває сором і ніяковість.

Прикладами регулюють жестів можуть бути:

- піднімання рук як знак для співрозмовника, щоб він перервав свою промову;
- кивання головою, стимулює співрозмовника продовжувати свою промову.

Жести адаптації або управління собою допомагають людині справитися з тривогою, напругою, управляти тілом у ситуаціях взаємодії.

Прості, іноді майже непомітні жести можуть повідомити дуже багато. Прикладами позитивного мови тіла консультанта можуть служити:

- невеликий нахил тулуба у бік клієнта;
- розслаблена, але уважна поза;
- положення ніг, яке не впадає в очі;
- ненав'язливі і плавні жести;
- мінімізація інших рухів;
- вираз обличчя консультанта відповідає його почуттям чи почуттями клієнта.

Велику роль в розумінні клієнта грає міміка. За мімічних рухів, погляду консультант може провести набагато більш глибокий аналіз історії клієнта, ніж орієнтуючись тільки на зміст його розповіді. За допомогою міміки людина неусвідомлено демонструє те, що він переживає, роблячи це явним для інших.

Напря́м погля́ду, ру́ху оче́й передають вели́чезну кількі́сть інфо́рмації. Ха́ракте́ризуючи погля́д, вико́рстовують при́кметни́ки: до́брый, ве́селий, зли́й, відкрити́й, недо́вірливи́й, сумни́й. Можна говори́ти, що це опи́с емо́ційного ста́ну лю́дини в да́ний мо́мент ча́су. Да́ючи ха́ракте́ристику погля́ду, консу́льтант сприя́є усвідо́мленню клі́єнтом сво́го ста́ну і мо́жливості обго́ворити це. Про го́товність продо́вжувати бе́сїду сви́дчить трива́лість візуа́льного ко́нтакту. Сті́йкий ко́нтакт оче́й не тільки́ пока́зує заці́кавле́ність, але й нади́хає клі́єнта продо́вжувати мо́ва, а консу́льтанту допо́магає слуха́ти бі́льш ува́жно. Ра́зом з тим пи́льний погля́д мо́же поста́вити спі́врозмовни́ка в незру́чне ста́новище, а інши́й раз і ви́кликати а́гресію, мо́же сприйма́тися як воро́жість, осо́бливо в напру́жених си́туаці́ях. Для бі́льшості клі́єнтів при́родно підт́римувати бі́льш сті́йкий візуа́льний ко́нтакт, коли ка́жуть вони́, і ме́нш сті́йкий, коли ка́же консу́льтант. Ідеа́льним вва́жається вза́ємне пра́гнення до при́родного і при́ємним для обо́х сто́рін ко́нтакту, яки́й пови́нен відпо́відати обста́новці і обго́ворюва́ного пи́тання.

Осо́бливу ува́гу слі́д при́діляти значенню́ посмі́шки. Щи́ра посмі́шка відрі́зняється від напру́женої, виму́шеною, яку іно́ді назива́ють ба́жаною посмі́шкою. На відмі́ну від спонта́нної ба́жана посмі́шка а́симетри́чна. Вона не відби́ває пере́житі емо́ції, ста́тична і зали́шається на обличчі́ дуже до́вго або виника́є і зника́є дуже шви́дко, заді́юючи при́ цьому ли́ше м'язи́ рта. М'язи́ оче́й зали́шаються при́ цьому не́рухомими́, чо́го не відбу́вається при́ спонта́нній посмі́шці. Говоря́чи про усмі́шку, ча́сто вико́рстовують при́кметни́ки: до́брозичли́ва, до́бра, сумна́, скромна́, стрима́на. Однак є́ й такі ха́ракте́ристики посмі́шки, як: зла́, є́хидна́, іро́нічна́, відра́злива. Але найго́ловніше - до́речність посмі́шки. Якщо́ клі́єнт розпо́відає про сумні́ поді́ї, а консу́льтант при́ цьому продо́вжує благо́душно посмі́хатися, це пору́шує вза́морозу́міння, і ко́нтакт при́пиня́ється.

Консультант повинен вміти аналізувати невербальне поведження клієнта, але не менш важливо знати і свої особливості, володіти своїм тілом. Як правило, людина не може без спеціального тренування дати собі звіт в тому, наскільки він в даний момент вільний чи ні. Зовнішнім показником, критерієм свободи від напруги є пластичність рухів. Мірою м'язової свободи може служити відчуття того, чи приємно дивитися на позу, рухи людини. Якщо приємно - тіло вільно, якщо щось бентежить - м'язової свободи немає. Навчитися бачити себе зі сторони, мати уявлення про міру свободи власного тіла є важливим завданням при освоєнні професії Консультанта.

Уміння вести себе адекватно ситуації, виглядати природно, вільно, володіючи невербальними складовими комунікації, сприяє формуванню бажаного уявлення про себе при взаємодії з клієнтом. Крім того, здатність "читати" невербальна мова допомагає стати компетентним у розумінні психічного стану і поведінкових намірів клієнта.

Особливої уваги заслуговує техніка мовчання, або паузи. Для починаючого консультанта ця техніка представляє велику складність. У світському спілкуванні мовчання партнера означає або ігнорування, або образу. Це завжди викликає напруження і бажання перервати тяжке відчуття, що виникає при тривалому мовчанні. У консультативному процесі мовчання - найважливіша техніка психологічної допомоги, яка може бути ознакою опору, самоаналізу, вираження відчаю і безвиході, напередодні інсайту. Розуміючи, що необхідні паузи в роботі з клієнтом, необхідно освоїти найбільш загальні прийоми реагування в ситуації мовчання: кивок, повторення останніх слів (своїх або клієнта); перефразування останнього висловлювання (свого або клієнта). Якщо клієнт продовжує мовчати, можна допомогти йому виразити свій стан. Для цього підійдуть фрази: "вам зараз важко говорити"; "можливо, ви не знаєте, як на це відреагувати" або "можливо, вас це засмутило". Якщо ж мовчання триває і носить завзятий характер, консультант повинен шанобливо поставитися до поведінки клієнта і постаратися завершити

консультацію інтерпретацією - припущенням про те, що, очевидно, для клієнта така поведінка є зараз найбільш прийнятно.

Основним інструментом роботи консультанта є слухання, яке значно відрізняється від того, як ми слухаємо партнера по спілкуванню в звичайному житті. Прийоми слухання можна розділити по групах: нереклексивно слухання; рефлексивне слухання; активне слухання (распрашивание); емпатическое слухання.

Нереклексивно слухання визначається як простий спосіб збереження зацікавленості і уваги в процесі усного спілкування. Особливо корисно застосовувати прийоми нереклексивного слухання на початку бесіди, а також при вираженні клієнтом таких глибоких почуттів, як гнів чи горе. Завдання такого слухання: розуміти текст; спонукати продовження розмови; запам'ятовувати сказане; керувати власною увагою. Консультант використовує при цьому:

- мінімальні заохочують репліки, до яких відносять вигуки або нейтральні, по суті малозначні фрази: " Так!", " Розумію вас. .", "Продовжуйте, будь ласка, я Вас слухаю...";
- коментарі до невербальних послань клієнта (відкривають репліки), які сприяють розвитку бесіди, особливо на самому її початку, а також знімають напруженість. Наприклад: "У Вас вигляд щасливої людини"; "Ви виглядаєте дуже втомленим".

Слід зазначити деякі помилки при застосуванні нереклексивного слухання:

1) спроба імітувати увагу. Консультант весь час посміхається і киває головою на знак згоди, постійно говорить: "Угу", але не включається повністю в те, що говорить оповідач;

2) репліки-незгоди, примусу: "це чому ж?"; "чому б і ні?"; "ну, не може бути, щоб так вже й погано"; "приведіть мені хоч одну причину, за якої Ви так засмуцуетесь!"

Рефлексивне слухання спрямоване на розуміння раціонального компонента повідомлення, у порядку зростання їх сили: пауза, мовчання; підбадьорювання,

підтримка; нерозуміння; відображення (ехо); парафраза (переформулювання); резюмування; прояснення.

Завданнями рефлексивного слухання є: перевірка правильності розуміння консультантом слів і висловлювань клієнта; підтримка розповіді клієнта; прояв зацікавленості по відношенню до клієнта. При цьому консультант не повинен керувати темою розмови.

Техніки рефлексивного слухання:

- **Нерозуміння-техніка**, використовуючи яку консультант намагається краще зрозуміти клієнта. Використовувати її необхідно тільки в тому випадку, якщо консультант дійсно не розуміє що має на увазі клієнт. При цьому виключено прояв роздратування чи невдоволення. Приклади таких висловлювань: "Я не розумію, що Ви маєте на увазі". "Я поки дійсно не розумію, що у Вас сталося. Але мені хотілося б Вас зрозуміти. Може, розкажете детальніше?..".
- **Відображення (ехо)** - повторення слів або фраз співрозмовника дослівно або з незначними змінами. Відображаються не будь-які фрази, а висловлювання, значимі для клієнта, що супроводжуються вираженими емоціями. Рекомендується застосовувати дану техніку там, де сенс висловлювань співрозмовника виявився не цілком ясним; де висловлювання клієнта несуть емоційне навантаження, а також при відображенні останніх слів фрази клієнта під час тривалих пауз як запрошення продовжити розповідь. Не варто застосовувати дуже часто, щоб у партнера не склалося враження, що його передражнюють.
- **Перефразування (парафраза)** - формулювання висловлювання клієнта так, як зрозумів його консультант. Метою даної техніки є перевірка точності власного розуміння повідомлення. Застосовувати її слід саме тоді, коли мова клієнта здається нам зрозумілою.

Виконання цієї техніки можна почати такими словами: "як я зрозумів Вас, Ви вважаєте, що..."; "як я розумію, Ви говорите про те, що..."; "на Вашу думку..."; "Ви можете поправити мене, якщо я помиляюся, але..."; "іншими словами, Ви вважаєте..."; "чи правильно я розумію?".

Резюмування - підведення підсумку значної частини розповіді або всього розмови в цілому. Основне правило формулювання - простота і зрозумілість.

Вступними фразами техніки резюмування можуть бути: "підсумком сказаного Вами ..."; "з Вашої розповіді я зробив наступні висновки...".

Резюмування може виявитися ефективним у випадках, коли клієнт "ходить по колу", повертається до вже сказаного. Така поведінка клієнта часто пов'язано з тим, що він побоюється, що його не зрозуміли чи зрозуміли неправильно.

Прояснення - застосовується:

- при зверненні до клієнта за уточненнями: "не повторювачі Ви ще раз?"; "що Ви маєте на увазі?";
- для прояснення ситуації; "чи не поясните Ви докладніше?"; "може бути, Ви щонебудь додати?.."; "не могли б Ви розвинути Вашу думку?.."; "що сталося потім?.."; "Ви казали, що... Ви могли б розповісти про це докладніше?";
- для усунення логічних суперечностей у матеріалі: "Я не впевнена, що Вас правильно зрозуміла. Ви казали, що..., а тепер кажете, що... Немає тут протиріччя?";
- для того, щоб змінити тему розмови: "Мені здається, що Ви хочете розповісти про щось інше..."; "Ви хочете поговорити зі мною про ... ? "; "поясніть мені, будь ласка, наступний момент..."

Активне слухання дозволяє консультанту зайняти активну позицію, ставити клієнту питання. Слід відзначити особливості застосування різних видів запитань. Так, закриті питання застосовують при налагодженні взаєморозуміння. При цьому закритими питаннями краще не зловживати, так як це може викликати у клієнта

відчуття тиску, перевірки, екзамену. Необхідно пам'ятати, що, використовуючи запитання закритого типу, консультант знаходиться в директивній позиції і практично керує темою розмови. При використанні відкритих питань клієнт надає багато інформації, яку консультант може систематизувати пізніше. Консультант в цьому випадку займає не директивну позицію, залишається "веденим" по відношенню до змісту розмови. Він слід за клієнтом, залишаючись на крок позаду нього. Розширює питання дозволяє отримати більш докладні відомості про проблему. Прикладами таких питань можуть бути наступні: "хочете розповісти про це докладніше?"; "...і що сталося потім? "

З допомогою проясняють питань консультант максимально однозначно, без "домислювання" розуміє те, про що розповідає клієнт; піддає сумніву спотворення, обмежує необґрунтовані перебільшення і відновлює ігнорований клієнтом матеріал; клієнт точніше усвідомлює те, що з ним відбувається, може більш коректно сформулювати свої думки.

Наведемо приклади таких питань: Клієнт: Я боюся.

Консультант: Чого або кого Ви боїтесь?

Клієнт: Мене ніхто не любить. Консультант: Хто саме Вас не любить?

Клієнт: Мої рідні виводять мене з себе. Консультант: Що конкретно вони роблять, коли Ви виходите з себе?

Консультант може структурувати розмова з допомогою запитань, які допомагають вивчити проблему:

- факти (які факти, що відносяться до даної ситуації; це дійсно факти або здогадки?);
- почуття (що клієнт відчуває по відношенню до даної ситуації в цілому; що відчувають інші?);

- бажання (що клієнт хоче насправді він дійсно цього хоче або намагається комусь догодити; які бажання інших учасників ситуації; він знає це напевно чи здогадується; у чому конкретно буде виражатися сповнене бажання?);
- смисли (навіщо йому це?);
- дії (робить клієнт щось, щоб виправити положення; якщо так, то що саме?);
- перешкоди (що йому заважає діяти ефективно?);
- кошти (як клієнт може досягти того, чого хоче?). Емпатическое слухання спрямоване на розуміння почуттівчи бажань, випробовуваних клієнтом, співпереживання йому.

Слід зазначити, що клієнту буває важко словами виразити свої почуття. Це пов'язано з тим, що якщо навіть є усвідомлення бажань і почуттів, в активному словнику не вистачає потрібних слів. Крім того, про почуття говорити незвично, так як у світському спілкуванні це не прийнято, а іноді надмірна відкритість може бути небезпечна. Деякі почуття в суспільстві не схвалюються. Наприклад, вважається, що, якщо людина злиться, заздрить, плаче, відчуває гнів, непристойно показувати це на людях. Існують також "батьківські" заборони та приписи: "хлопчики не плачуть", "дівчатка повинні бути стримані" тощо, що накладає відбиток на поведінку клієнта під час консультації. Разом з тим виразити справжні почуття необхідно, щоб бути правильно зрозумілим. Емоції, що не знаходять виходу, надають руйнівну дію на поведінку і організм. Вираження емоцій - важливий спосіб повернути втрачену душевну рівновагу.

Тому завдання емпатического слухання полягають у наданні допомоги клієнту у вираженні почуттів і бажань, демонстрації розуміння їх з боку консультанта та перевірки правильності цього розуміння. Для цього використовується дві групи технік:

- 1) емоційне приєднання до стану партнера;
- 2) вербалізація почуттів.

Емоційне приєднання включає:

1. уважне спостереження за невербальною станом;
2. повторення невербальної поведінки клієнта - відзеркалювання емоційного стану.

Вербалізація почуттів полягає:

1. називання почуттів клієнта словами;
2. акцентуванні уваги клієнта на вживані ним слова, що відображають почуття, наприклад: печаль, гнів, радість і т. д.;
3. приєднання до невербальних проявів клієнта, прагнення зрозуміти, що він відчуває.

Консультанту необхідно аналізувати, наскільки повідомлення клієнта конгруентно його невербальним поведінкою, емоційним станом, і при невідповідності повідомлень емоційного стану звертати на це увагу клієнта.

Вступними фразами в емпатическом слуханні можуть бути наступні: "ймовірно, Ви відчуваєте..."; "мені здалося, що Ви..."; "схоже, Ви..."; "мені здається..."; "я відчув, що..."; "у Ваших словах я відчув..."; "якщо я правильно зрозумів, Ви відчуваєте...".

Таким чином, прийоми слухання допомагають консультанту глибше зрозуміти суть проблеми клієнта. Однак не менш важливо, що дані прийоми допомагають клієнту краще розібратися в своїх почуттях, думках та бажаннях.

Питання для самоперевірки:

1. До якого методу належить соціальне консультування?
2. У яких випадках застосовується соціальне консультування?
3. Порівняйте характеристики цілі зміни ситуації клієнта і цілі вирішення проблеми.
4. Опишіть модель надання допомоги клієнту.
5. Які складові консультаційного процесу?

Література:

- 1.Бондаренко С.Г. та ін. Основи консультування з питань репродуктивного здоров'я: навчально-методичний посібник / Під загальною ред. Б.М.Вороника. –К.: ВЦ Деньпечати”, 2004–248 с.
- 2.Золотарева Т.Ф., Минигаева М.Р. Социально-психологическая помощь в центрах социального обслуживания. –М.:Союз, 2000.
- 3.Консультування сім'ї. Ч.1: Науково-методичні матеріали для соціальних педагогів, студентів вузів. –К.: ДЦССМ, 2003. –88 с.
- 4.Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. –М.: Академический проект, 1999. —240с.
- 5.Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. –К.: Академия, 1994. –410 с.
- 6.Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. –СПб.: Юпитер, 2000. —464 .
- 7.Підготовка волонтерів до роботи у службі «Телефон Довіри». Н.П. Архангельська, С.П. Бабарика, С.Я. Беляєва та ін. –К.:, 2003. –116 с.
- 8.Практичний досвід роботи спеціалістів спеціалізованих служб та партнерських організацій Київського міського центру соціальних служб для молоді / Упорядник К.С. Шендеровський. –К.:ДЦССМ, 2003. –386 с.
- 9.Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації. За ред. Т. Семигіної. К: Вид. дім «Києво-могилянськаАкадемія»., 2006. –620 с.
10. Структурно-динамічні особливості та соціально-психологічні засоби корекції неконструктивних життєвих стратегій в сім'ї : монографія / Н.Є. Завацька, І.В. Ващенко, О.Г. Максименко, М.В. Тоба, О.В. Шевяков, О.В. Морозова / Під наук. ред. Н.Є. Завацької. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. – 294 с.

Тема 3. Тренінг в соціальній роботі

3.1. Поняття тренінгу і його функції в соціальній роботі

Однією з основних проблем клієнтів соціальної сфери є труднощі спілкування, взаєморозуміння та взаємодії з іншими людьми. Робота фахівців

"допомагають професій" - психолога, педагога, соціального працівника - часто спрямована на навчання клієнтів навичкам, що дозволяє успішно справлятися з життєвими труднощами, і в першу чергу комунікативним навичкам. Добре зарекомендував себе в цьому напрямку соціально-психологічний тренінг. Для проведення цього виду тренінгу необхідно спеціальне навчання, яке проводиться в рамках додаткової освіти. Разом з тим освоєння даної діяльності починається з вивчення теоретичних уявлень про тренінг та участі у тренінгових програмах. Зробимо перший крок у набутті знань про роботу фахівця соціальної сфери в тренінговому форматі.

Термін "тренінг" (від англ. train, training) має багато значень. Це навчання, виховання, тренування, дресирування. Тренінг - це сукупність прийомів і способів, спрямованих на розвиток у людини тих або інших навичок і умінь.

Загальноновизнаного визначення поняття "тренінг" не існує. Вчені виділяють різні аспекти даного виду психологічної роботи. Так, Л. А. Петровська визначає соціально-психологічний тренінг як засіб психологічного впливу, спрямований на розвиток знань, соціальних установок, вмінь і досвіду в галузі міжособистісного спілкування.

Для визначення тренінгу часто використовують термін "психологічний вплив". Однак вплив саме по собі не може служити метою тренінгу і його користувачів. Тренінг-це багатофункціональний метод навмисних змін психологічних феноменів людини, групи й організації з метою гармонізації професійного та особистісного буття людини.

Загальноновизнаним засновником тренінгової форми психологічної роботи вважаються К. Левін і його учні, які вперше почали проводити тренінгові заняття на підвищення компетентності в спілкуванні, називаючи таку форму роботи Т-групами. Основна ідея таких груп була в тому, що люди живуть і працюють у групах, але найчастіше вони не віддають собі звіту в тому, як вони в них беруть

участь, якими їх бачать інші люди, які реакції, які викликає їх поведінку інших людей. К. Левін висловив ідею, що більшість ефективних змін в установках і поведінці людей відбувається в групі, тому, щоб виробити нові ефективні форми поведінки, людина повинна подолати свою автентичність і навчитися бачити себе так, як його бачать інші. Успішна робота учнів К. Левіна лягла в основу Національної лабораторії тренінгу в США.

Великий внесок у розвиток тренінгової форми роботи внесла гуманістична психологія К. Роджерса, яка лягла в основу тренінгу соціальних і життєвих умінь. В залежності від підходу до учасників тренінгу життєвих умінь вченими було виділено три основні моделі, які містили різну кількість розвиваються життєвих умінь:

Модель 1: рішення проблем, спілкування, наполегливість, впевненість у собі, критичність мислення, вміння самоврядування й розвитку R-концепції.

Модель 2: міжособистісне спілкування, підтримка здоров'я, розвиток ідентичності, рішення проблем і прийняття рішень.

Модель 3: емоційний контроль, міжособистісні відносини, саморозуміння, фінансова самозахист, самопіддержка, концептуалізації досвіду.

Автором соціально-психологічного тренінгу як методу роботи вважається М. Форверг, запропонував в якості засобів тренінгу рольові ігри з елементами драматизації, створювали умови для формування ефективних комунікативних навичок.

Фахівця, який організовує групову роботу у форматі тренінгу, називають "провідним тренінгових програм", або просто "тренером".

Предметом роботи тренера завжди є певні психологічні феномени, задані обраною проблематикою та поставленими цілями, в залежності від яких робота спрямована:

- на поведінкові зразки (патерни), конкретні дії у певних обставинах;
- особисту чи групову динаміку;

- певний стан учасників групи;
- когнітивні аспекти поведінки;
- вироблення певних навичок і т. д.

Вчені виділяють основні завдання, які вирішуються в процесі тренінгу. Це допомога учасникам у зміні існуючої до початку роботи (неефективною, неадекватною і т. п.) системи відносин, уявлень, умінь.

Виконання поставлених завдань пов'язано з придбанням знань, формуванням умінь, навичок, розвитком установок, що визначають поведінку в спілкуванні, перцептивних здатностей людини. Особлива увага при цьому приділяється корекції та розвитку системи відносин людини.

Метою соціально-психологічного тренінгу є підвищення компетентності у спілкуванні. Важливим аспектом при цьому є обмеження області базового соціально-психологічного тренінгу. У тренінгу комунікативної компетентності йдеться про діловий, інструментальний, а не особистісний спілкуванні.

Разом з тим в практиці соціальної роботи велика увага приділяється особистісному спілкуванню, тому тренінг особистісного зростання, де в центрі уваги знаходяться психологічні проблеми внутрішнього характеру, проводиться фахівцями як індивідуально, так і в групі.

Клієнту (людині, "не присвяченому в таємниці наукової психології"), важко уявити, як можна тренувати впевненість у собі, вміння "регулювати" робочі та сімейні відносини, правильно спілкуватися з дітьми, чоловіком або дружиною, колегами по роботі, а також тренувати власну успішність, ефективне керівництво людьми, протистояти маніпуляціям з боку інших людей та багато іншого. Не просто зрозуміти, за рахунок чого відбуваються зміни з людьми, які відвідали психологічні тренінги.

На сьогоднішній день існує велика кількість різної літератури з розвитку комунікативних навичок. Це і наукова, і популярна література, доступна практично будь-якій людині. Однак рекомендації, отримані клієнтом під час спільної з

фахівцем роботи, знання, набуті з книжок та лекцій на тему, що цікавить, можна освоїти виключно на практиці. Перш ніж людина придбає певний навик, він повинен кілька разів зробити це правильно - саме зробити, а не прочитати про це. Причому унікальність тренінгового простору полягає в тому, що вчиняються у ньому помилки не тягнуть за собою серйозних наслідків, як це відбувається в житті. Тут можна дуже чітко розглянути, що саме заважає досягти успіху в тих чи інших відносинах, в тій чи іншій діяльності. Саме в цьому і полягає основне завдання психологічного тренінгу на практиці відпрацьовувати ті прийоми, які хотілося б освоїти, щоб потім у житті вміти правильно ними користуватися.

Велике значення тут мають безпечні умови, які створює тренер в роботі з групою. Безпечні - це означає, що можна помилятися і пробувати знову, експериментуючи, підбирати те, що підходить конкретній людині.

В процесі тренінгу виникає багато емоцій, але після закінчення тренінгової роботи яскравість поступово стирається, а зміни не поспішають перетворювати життя. Все встає на звичні місця, і від отриманого ефекту не залишається і сліду. Виявляється, що в тренінговому просторі було багато помічників - тренер, учасники, які поправляли помилки, підтримували, якщо щось йшло не так. А в повсякденному житті потрібні власні зусилля і час. Тому велике значення для втілення отриманих в результаті тренінгу знань і вмінь в життя має посттренінговий супровід клієнта.

Таким чином, ефективність будь-якого психологічного тренінгу складається з трьох доданків: практики; активності і бажання учасника змінити щось у собі або своїй поведінці, а також підтримки отриманих на тренінгу знань в реальному житті самим учасником. У зв'язку з цим тренер-фахівець соціальної сфери повинен передбачити у своїй роботі посттренінговий супровід клієнта, можливість організації самостійної роботи клієнта з формування навичок, які були в центрі уваги тренінгу.

3.2. Принципи роботи тренінгової групи

Робота тренінгової групи відрізняється рядом специфічних принципів.

Принцип активності Активність - це здатність людини виробляти суспільно значимі перетворення в своєму оточенні, це соціальна діяльність особистості, що виражає її самостійну, індивідуальну позицію, суб'єктне ставлення до діяльності.

Виділяють два рівня активності:

- 1) об'єктна активність, де індивід виступає об'єктом впливу, тобто керованим об'єктом, але виконує продуктивну, відтворюючу діяльність;
- 2) суб'єктна активність, де індивід виступає суб'єктом, виконує діяльність творчого, перетворюючого характеру.

Розвиток суб'єктної активності в соціальній роботі та соціальній практиці - новий напрямок, що припускає оволодіння населенням навичками соціальних дій: самодопомоги, самозахисту, саморегуляції, самоврядування. Тому тренінгова форма роботи відповідає даному новому баченню змісту роботи фахівця соціальної сфери.

Принцип дослідницької творчої позиції. В ході тренінгу учасники групи усвідомлюють, виявляють, відкривають ідеї, закономірності, уже відомі в психології, а також, що особливо важливо, свої особисті ресурси і особливості.

Робота тренера при цьому полягає в тому, щоб придумати, сконструювати й організувати ті ситуації, які давали б можливість членам групи усвідомити, апробувати і тренувати нові способи поведінки, експериментувати з ними. У тренінговій групі створюється креативне середовище, основними характеристиками якої є проблемність, невизначеність, прийняття, безоценочність.

Реалізація цього принципу часом зустрічає досить сильний опір з боку учасників. Стикаючись з незвичним для них способом навчання, учасники можуть проявляти невдоволення, іноді в досить сильній, навіть агресивній формі. Завданням тренера в цьому випадку є допомога по усвідомленню важливості і

необхідності формування у них готовності й надалі, після закінчення тренінгу, творчо ставитися до життя, до самого себе.

Принцип об'єктивації (усвідомлення) поведінки. Можливість проводити зміни в тренінговому просторі за рахунок ефективного зворотного зв'язку, створення умов для якої - важливе завдання тренера. Одним із додаткових засобів об'єктивації поведінки є відеозапис поведінки учасників групи в тих чи інших ситуаціях з наступним переглядом і обговоренням. Це сильний засіб впливу, здатне надати негативний вплив, тому ним варто користуватися з великою обережністю і, що найважливіше, професійно.

Принцип партнерського (суб'єкт-суб'єктного) спілкування як учасників тренінгу між собою, так і тренера з групою в цілому: психологічний рівність, узгодження інтересів і дотримання певних правил. Кожен учасник групи має рівні права висловлювати свою думку, виявляти свої почуття, виражати протест, вносити пропозиції і т.д., що уважно і доброзичливо приймають усі учасники і тренер. Це, як показує практика, не завжди виявляється просто, не завжди вигідно обом сторонам процесу взаємодії, спілкування.

Для більшості людей відчуття свого психологічного рівності з іншою людиною становить значну складність. Особливо це стосується статусних позицій (керівник-підлеглий). У тренінгу такою фігурою може бути тренер, споконвічно наділена, на думку учасників, знаннями, великим досвідом, ніж у них. Крім цього, можуть виникати труднощі при порівнянні себе з іншим членом групи - більш успішним, більш розумним, більш впевненим у собі і т. д.

Реалізація даного принципу створює групі атмосферу безпеки, довіри, відкритості, що дозволяє учасникам групи вільно поводитися, не соромлячись помилок.

Таким чином, послідовна реалізація названих принципів - одна з умов ефективної роботи групи соціально-психологічного тренінгу. На думку вчених і

практиків, вона відрізняє цю роботу від інших методів навчання і психологічного впливу.

3.3. Динаміка розвитку тренінгової групи

У тренінговій групі відбуваються певні процеси, які необхідно знати ведучому. Групові процеси підрозділяються на три основних етапи: початковий, перехідний і завершальний (продуктивний). Кожен етап має свої стадії.

На початковому етапі вводяться групові правила, визначається стиль роботи, уточнюються особисті цілі учасників. На цьому етапі можуть виникати конфлікти, що проявляються в об'єднанні учасників проти кого-небудь (наприклад, авторитарного тренера, надто настирливого учасника і т. д.) чи проти чого-небудь (вводяться тренером правил, пропонованих вправ і т. д.). Тренер повинен визначити конфліктну ситуацію і допомогти вийти з неї. Тільки в цьому випадку робота стає продуктивною.

На самому початку роботи групи (вступна стадія) учасники відчують потребу отримати інформацію, позбутися почуття тривожності. Вони ще не знають, кому довіряти і наскільки, можна дозволити собі розкритися і наскільки. Правила і норми групи ще не вироблені. Вони можуть вироблятися спільно тренером і учасниками, а можуть задаватися тільки тренером і виконуватися формально.

Завданням тренера на даній стадії є організація виконання завдань, що мають лише непряме відношення до загальним цілям групи, але потребують взаємодії між членами групи. Такі завдання допомагають учасникам подолати напругу. Тренер на цій стадії повинен підтримувати учасників, які чекають від нього чітких і конкретних інструкцій, керівництва своєю поведінкою.

На наступній, конфліктній, стадії можуть порушуватися встановлені в розділі правила. Розрізняють два види конфліктів, які тут можуть проявитися: внутриличностые конфлікти і міжособистісні конфлікти.

Внутриличностые конфлікти проявляються в наступному:

- демонстративному поведінці учасника, який всіма способами звертає увагу групи на свої проблеми, вважаючи їх найбільш важливими;
- закритому поведінці, коли учасник не бажає розкривати свої думки, почуття, емоції;
- відстороненому поведінці, яке виражається у зовнішньому злагоді з усіма і прагненні показати себе як аналітика процесів у групі і роботи тренера.

Міжособистісні конфлікти виражаються в боротьбі за домінування, протистояння, прояв ворожості до тренера або кому-небудь із членів групи. Група може об'єднатися проти тренера, пояснюючи це бажанням поліпшити роботу групи. Подібний конфлікт може на якийсь час об'єднати членів групи. Критеріями проходження конфліктної стадії є посилення ролі тренера, виконання групою його інструкцій.

На стадії працездатності члени групи працюють в основному над вирішенням особистих, а не групових проблем. Група поки потребу в тому, щоб тренер структурував її роботу і постійно оцінював її. По закінченні роботи вона чекає від тренера пояснень, висновків і узагальнень. Таким чином, успішність роботи групи на стадії працездатності початкового етапу залежить від тренера.

Тренер на початковому етапі формування групи повинен заохочувати формування групових норм і правил, вчити її членів працювати в групі, створювати безпечну, засновану на взаємній довірі, атмосферу, визначати спільні цілі групи. Крім того, він повинен допомагати членам групи встановити індивідуальні конкретні цілі роботи в групі, заохочувати участь усіх її членів у дискусіях, структурувати роботу групи, долати опір її членів встановленим нормам роботи.

На перехідному етапі розвитку групи виділяються сильні неформальні лідери (або лідер), які починають вибудовувати відносини з формальним керівником - тренером. Учасники починають відкрито виявляти свої емоції та по-новому

вибудувати внутрішньогрупові відносини. Більшість учасників починають промовляти свої справжні емоції у зв'язку з поведінкою інших членів групи.

На стадії відкритого конфлікту учасники відкрито обговорюють свої цілі і потреби і співвідносять їх з цілями і потребами інших членів групи. Конфлікт проявляється посиленням груповий тривоги, порушеннями групових правил. Стадія виснаження конфлікту визначається емоційним виснаженням, спустошенням деяких членів групи, які можуть висловлювати свої претензії, пропозиції, думки з приводу тренінгу, основних цілей і завдань своєї роботи та роботи групи. На стадії виходу з конфлікту відбувається перехід від емоційних виразів своєї думки до аналізу своєї позиції і позиції інших учасників. Правила приймаються групою остаточно, і учасники дотримуються їх та відповідають за виконання правил кожним. Якщо на стадії аналізу конфлікту була можливість обговорити те, що відбувається, усвідомити його конструктивність, то завдяки пережитим емоціям між членами групи з'являються сильні зв'язки.

Тренер на перехідному етапі повинен допомогти членам групи розпізнавати витоки тривоги і говорити про це, вчити відкрито виявляти конфлікти в групі і вирішувати їх; вчити брати на себе частину відповідальності за напрямок роботи групи; допомагати членам групи ставати більш автономними і незалежними у виконанні тих чи інших завдань. Особливу увагу він повинен приділяти навчанню зворотного зв'язку в умовах негативних емоцій; демонстрації ролі негативних переживань у спілкуванні як дають можливість відкритого прояву емоцій; допомоги членам групи брати на себе частину відповідальності в умовах ослаблення формального лідерства.

На продуктивному етапі учасники починають усвідомлювати необхідність і можливості відкритого вираження своєї думки, своїх емоцій щодо мети групи та власних цілей на тренінгу. Складається традиція прийняття різних думок, що

сприяє появі групового продукту - найкращих рішень. Думка кожного стає цінним для групи.

Разом з тим можуть виникати конфліктні ситуації між окремими членами групи, не зачіпаючи групу в цілому. Зазвичай група відстежує такі конфлікти і сприяє їх вирішенню, так як стає очевидним, що конфлікти гальмують роботу групи, заважають досягати поставлених цілей. Подібні конфлікти можуть виникати з-за незгоди окремих співробітників жертвувати своїми цілями заради цілей групи. Проте такі конфлікти поодинокі, у них втягуються часом ті учасники, які недостатньо проявили себе на попередніх етапах, займали швидше роль спостерігача, що не дозволило їм розкриватися.

На стадії "відчуття групи" учасники проявляють увагу до точки зору інших членів групи. Групові норми і правила дотримуються без формального контролю з боку тренера. Учасники висловлюють і приймають сильні емоції, не намагаючись їх блокувати. При виникненні конфлікту група відкрито обговорює його. Виникає довіра учасників один до одного. Члени групи починають піклуватися про загальний успіх, підвищується продуктивність роботи. На креативній стадії учасники починають діяти більш продуктивно, з високим рівнем довіри, без напруги. Складається культура поведінки групи: допустимі форми поведінки і форми вираження своїх почуттів і думок. На завершальній стадії підводяться підсумки і аналізуються досягнуті результати. Отриманий досвід у досягненні загальногрупових цілей співвідноситься учасниками з варіантами досягнення особистих цілей.

Мета тренера на цьому етапі полягає в розподіл відповідальності за те, що відбувається в групі між тренером і членами групи. Він повинен надавати допомогу в постійному усвідомленні виникли загальногрупових правил і цілей; продуктивно взаємодіяти з виделившимися лідерами; організовувати умови для самонавчання всередині групи. Крім того, тренер повинен навчити членів групи оцінювати

результати роботи і підводити підсумки, узагальнити досягнуті результати, перенести досягнуте в життя поза групи.

Таким чином, група під час тренінгу, як правило, проходить певні етапи групового розвитку, кожний з яких поділяється на певні стадії. Групова динаміка залежить від поведінки тренера. Знаючи особливості розвитку групової динаміки ймовірність конфліктів на кожному етапі, тренер може управляти їй. При плануванні тренінгу ведучий (тренер) повинен враховувати існування певних цілей і завдань кожного етапу розвитку групової динаміки.

3.5. Створення тренінгової програми

Кожен тренінг (тренінг впевненості; тренінг креативності; тренінг комунікативних навичок тощо) має програму і мету - розвиток певних вмінь, придбання знань, тренування навичок і т. д. Зміст тренінгу працює на мету і передбачає використання інструментарію, за допомогою якого здійснюється вплив на установки, уміння, когнітивні структури учасника. Інструментами тренінгової роботи є психогімнастичні вправи, мозковий штурм, рольові ігри і т. д. В залежності від особливостей групи зміст тренінгу може і повинен змінюватися. До таких особливостей слід віднести групову атмосферу, стан кожного учасника окремо (в деяких видах тренінгу ці стани та стосунки учасників стають змістом роботи групи).

Самостійне конструювання провідним психологічного тренінгу є важливим елементом роботи. Фахівець із соціальної роботи не повинен приймати на себе функцію виконавця тренінгових програм, розроблених іншими. Ведучий тренінгу не виконавець, а швидше, творчий виробник.

Йому необхідно знати:

- з ким він працює;
- які зміни він збирається виробити;

- якими засобами він володіє і наскільки вони підходять для ситуації;
- як він збирається оцінювати результативність своєї роботи.

Фахівець із соціальної роботи повинен розбиратися в специфіці даної професійної діяльності. Працюючи з особистістю, він має як мінімум внести ясність у свої теоретичні уявлення про природу людської особистості, орієнтуватися в специфіці особистісних проблем і особливості особистісного розвитку.

Значна частина змін в учасників тренінгу виникає після його закінчення. В процесі психологічного тренінгу не тільки виробляються реальні зміни, але і закладається великий потенціал для змін у подальшому. Досвід, отриманий учасниками тренінгу, має пролонговану дію, пов'язану з його проживанням і осмисленням. Відповідно, і потенціал змін багато в чому орієнтований на майбутнє. Тому робота тренера повинна бути спрямована на виробництво реальних змін учасників, забезпечення відповідної підтримки.

Цьому сприяють домашні завдання, які виконують учасники після тренінгу з можливістю обговорення його виконання на наступному тренінгу, що є посттренінговим супроводом.

Після проходження тренінгу "Ассертивное (впевнене) поведінка" учасник Євген Ф. (28 років) представив домашнє завдання, яке включало есе на тему "Асертивність: проблеми або ресурси?!", відповідь на питання "Ассертивное поведінка - ресурс?" і план розвитку власного впевненої поведінки "Гарячий тон".

3.6. Есе "Асертивність: проблеми або ресурси?"

У наш час тема асертивности дуже значуща для нас як на роботі, так і в повсякденному житті. Бути впевненою людиною сьогодні - це "знати свої п'ять пальців", треба! Але зрозуміти, асертивное поведінка - це проблема чи ресурс, нам ще належить.

Скоріше усього, проблема асертивности тут полягає в тому, як бути асертивным людиною, тобто усвідомити і розуміти те, що Я - асертивный, Я впевнений?

Проблема в розумінні асертивности полягає у деяких важливих, помічених мною, факти.

Для початку, це вплив навколишнього світу на людину. Я наведу тут один приклад. Якось в один з літніх вечорів пішов дощ. Дощ був проливний. Грози не було! Мені треба було сходити в магазин і купити хліб. Але мене "мучили" три речі. Перша, це треба було одягтися. Друга, мені здавалося, що на вулиці такий сильний дощ, що він моп мене "змити". Третя, у мене були тільки дрібні гроші, а саме певна сума монетами по 10 копійок. Ну, скажімо так, першу "проблему" я вирішив, другу теж. А ось з третьою, частку вагався. І в підсумку не пішов. Зараз поясню чому. В той час, коли цей випадок був зі мною, мені здавалося соромно, приносити такі гроші продавцю. Більш тою, якби мене зустріли однокласники, я б просто-напросто втік би від них, щоб вони не бачили, які у мене гроші.

Зараз я чудово розумію, що тоді я помилявся і дуже сильно. По-перше, те, що стосується грошей, які у мене гроші - великі чи дрібні, це моя особиста справа. Є мета (купити хліб), от і треба до неї прагнути. Що подумують інші, це неважливо, головне, що, після того як ти купиш хліба, з'являться ще цілі, а не пригостити когонебудь ще (хлібом).

В нашому житті ми часто користуємося технікою асертивної поведінки, не замислюючись про неї. В цьому і полягає проблема. Щоб розібратися в цьому нам допоможуть якості асертивної (впевненої людини).

У впевненого людини під час висловлювання відчувається спокій, у нього є чітка мета, якої він дотримується. Впевнена хода, розправлені плечі та "стійка" голова, відкритий погляд (коли дивиться в очі, він упевнений у тій промові, яку тобі говорить). Мова у нього чітка і ясна, виходячи з його уст - йде послідовно, не переходить з теми на тему, у нього все йде само собою! Він не робить зайвих дій, найчастіше дивиться в очі, не агресивує. До похвали відноситься так, як воно є. Асертивність (як ресурс) - це здатність не діяти на шкоду когонебудь, поважаючи права інших людей, але при цьому не дозволяючи робити з себе "ляльку для биття". Це вміння користуватися тими якостями, які в тебе є. Це розуміння того, що можна компенсувати слабкі сторони за рахунок сильних.

Відповідь на питання: "Ассертивне поведінка - ресурс?"

Я б сказав, що це безцінний ресурс, яким користуються люди.

Коли ми ведемо лекцію або семінар, батьківські збори або просто спілкуємося з людьми, ми повинні бути впевнені в тих словах, які говоримо, тому що та інформація, яку ми хочемо піднести, в тій чи іншій мірі буде впливати на хід подальших подій.

22 лютого, напередодні свята "Дня захисника Вітчизни", мені пощастило зустрітися з моїм другом і його дівчиною. Коли ми з ним зустрічалися в останній раз, він перевершував мене у спілкуванні, задавав питання, після яких я нервував, панікував, засмучувався, що не зможу йому відповісти. Зараз же, коли я з ним спілкувався, у нас був настільки сильний діалог, що я став переживати, що знову повториться така ситуація. Але він зробив помилку, відповідаючи на одне з моїх запитань, скажімо так, мав необережність говорити такі слова, значення яких я розумів, а він ні, але він їх говорив з такою впевненістю, що спочатку мені здавалося, що він їх знає. І тут я просто почав ставити йому звичайні питання: чому, для чого, навіщо, чому ти так вважаєш? Задаючи який-небудь з цих питань, у мене була мета дізнатися у нього якомога більше інформації. Але найчастіше мої звичайні питання, нею ставили в безвихідь. І він практично після кожного питання казав мені: "Женьок, ти мені зараз мозок "підірвеш"! Ці слова робили мене більш впевненим, власне, цим я користувався.

План розвитку власного впевненої поведінки "Гарячий топ "

1. Як можна більше особисто спілкуватися з незнайомими мені людьми.
2. Відпрацьовувати навички ефективного спілкування.
3. Навчитися уважно слухати і розуміти, не відволікатися на що-небудь.
4. Приймати відповідальність за своє особисте поведінка.
5. Шукати прості (правильні) виходи зі складних ситуацій.
6. Змусити себе читати розумні книги.
7. Перестати бути агресивним у тих ситуаціях, які дратують.

8. Вміти робити правильний вибір у тій чи іншій ситуації.
9. Вміти малювати цей світ своїми яскравими фарбами.
10. Навчитися робити правильно самоаналіз.

Для проведення групової роботи у форматі тренінгу тренер повинен усвідомлювати концептуальну основу. Фахівці виділяють дві концепції тренінгу:

- 1) зовнішня - для учасників. Тренер орієнтований на цільову аудиторію, визначена тема, мета, композиція тренінгу і представлений роздатковий матеріал;
- 2) внутрішня - для тренера. У тренера є свій задум, який він не розкриває перед учасниками повністю. Він добивається здійснення свого задуму за допомогою засобів, методів, технік, логіки побудови тренінгу.

Процес створення тренінгу можна розглянути за допомогою метафоричного образу будівлі, в якому присутні обов'язкові компоненти: концепція тренінгу, комунікації, тренінгові методи, результати тренінгу. Лише при цілісному розумінні методологічних основ тренінгу можна побудувати цілісне заняття.

3.7. Структура тренінгу.

Перший етап: підготовка до тренінгу.

Фахівця із соціальної роботи (тренеру) необхідно серйозно готуватися до тренінгу. На етапі підготовки тренер повинен визначити плановані результати тренінгу. Для цього необхідно відповісти на поставлені питання:

Які очікування та побажання потенційних учасників тренінгу?

Які теми ним найбільшою мірою цікаві?

Їм здається актуальним завданням навчання?

Над якими вміннями вони хотіли б попрацювати?

Який передбачуваний формат тренінгу?

Запланована тривалість тренінгу?

Кількість учасників?

Місце проведення тренінгу?

У практиці використовується наступний порядок підготовки фахівця до тренінгу:

1. Вивчення літератури та аналіз свого досвіду по темі передбачуваного тренінгу.
2. Створення зразкового сценарію тренінгу (плану), який враховує:
 - а) динаміку емоційного напруження;
 - б) групову динаміку;
 - в) динаміку уваги.
3. Розробка матеріалів.
4. Підбір текстів, процедур і вправ, які дозволяють ефективно працювати на ціль і результат тренінгу.
5. Складання докладної робочої програми; інструкцій, які тренер буде давати групі; всі інформаційні повідомлення; питання тренера групи.

Основні інструкції і теоретичний матеріал необхідно вивчити напам'ять, щоб можна було спокійно оперувати цією інформацією, моделювати її по ходу занять, якісь частини скорочувати, а про щось говорити детальніше, і якщо у групи виникнуть питання, легко на них відповідати.

Зупинимося докладніше на деяких важливих моментах при підготовці тренінгу.

Вибір вправи. Вибираючи те або інше психогимнастическое вправу, тренер орієнтується на наступне:

1. Що переважно має статися в результаті його проведення:
 - чи зміниться стан групи як цілого;
 - чи зміниться стан кожного з учасників групи окремо;
 - більшою мірою зміниться стан когось одного чи двох-трьох учасників;
 - буде отриманий матеріал для просування вперед у змістовному плані.
2. На якому етапі розвитку знаходиться група: чим вона згуртованішою, чим вільніше і безпосередніше відчувають себе її учасники, тим ризикованіше можуть бути вправи. До них насамперед належать такі, що передбачають фізичний контакт учасників групи в ході виконання вправи, а також вправи, які виконуються з

закритими очима. Несвоєчасне використання подібних вправ призводить до підвищення напруженості, виникнення дискомфорту в групі.

3. Склад групи: соціально-демографічні характеристики (стать, вік тощо), а також фізичні дані.

4. Час дня: на початку дня доцільно проводити вправи, які дозволяють відволіктися від турбот і проблем, що не відносяться до групової роботи, включитися в ситуацію "тут і тепер", відчувати групу і т. д.; крім того, буває необхідно мобілізувати увагу, інтелектуальну активність.

У другій половині дня слід проводити вправи, які допомагають зняти втому, що створюють умови для емоційної розрядки. Останні також корисно виконувати після напружених обговорень, складних для всіх або деяких учасників групи ситуацій.

Другий етап: початок тренінгу.

На самому початку роботи ведучий інформує учасників тренінгу про те, що вони можуть отримати в результаті навчання. Після цього встановлюються основні принципи роботи в групі.

Особливу увагу слід приділити промовляння в групі правил, мета яких забезпечити безпечну обстановку для продуктивної роботи. Основні правила, які вводяться тренером, відносяться до конфіденційності, безоценочности, використання R-висловлювань і в цілому культури поведінки.

Далі група може запропонувати свої правила, які допоможуть учасникам відчувати себе більш комфортно. У різних групах вони можуть відрізнятися і задаватися по-різному залежно від цілей, завдань і стилю керівництва ведучого. Багато тренерів організують спеціальну процедуру по виробленню основних правил групи. Можливо їх оголошення ведучим, але і в цьому випадку слід організувати процедуру обговорення, запропонувавши висловитися кожному учаснику. У будь-якому випадку правила повинні бути визначені, зрозумілі і прийняті учасниками.

Знайомство є важливим етапом будь-якого тренінгу незалежно від його цілей і завдань. Це не просто пізнавання імен, а своєрідна презентація (представлення) учасників один одному. У той же час вона може бути і своєрідною презентацією роботи в тренінговій групі. Процедура знайомства дозволяє "розгойдати" групу, а іноді і задає загальний ритм роботи. Її мету можна вважати досягнутою, якщо учасники відчули зацікавленість і допитливість по відношенню до подальшої роботи.

Третій етап: створення працездатності.

Найбільш важливий і потребує великої уваги процес у тренінговій роботі - згуртованість групи. Для посилення згуртованості тренер використовує весь арсенал методів тренінгу.

Вибір і освоєння методів включає в себе п'ять смисло-утворюючих осей:

- 1) часу (скільки часу потрібно на формування конкретного досвіду або певної ціннісної системи; який обсяг тренерських завдань можна вирішити протягом заданого проміжку часу в координаті "мінімум-максимум");
- 2) динаміки (ступінь залученості учасників і енергетика тренінгового процесу: нудно групі чи ні; в тонусі або розслаблена; "тримає" тренер групу або "втрачає"?);
- 3) завдань (які саме завдання можна розв'язати цим способом);
- 4) екології учасників (наскільки це безпечно);
- 5) особливостей групової поведінки (лідерство, конфронтація, згуртованість, закритість, опір тощо).

Все, що робить тренер, направлене в тому числі і на розвиток згуртованості групи. Згуртованість веде до створення в групі атмосфери безпеки, до зниження психічної напруги, встановлення щирих, довірчих відносин між учасниками. Підвищується відповідальність і активність учасників, що сприяє цілеспрямованій груповій діяльності.

Четвертий етап: орієнтація - усвідомлення - переоцінка.

На даному етапі в учасника з'являється орієнтація щодо проблем, позначених у темі тренінгу. Успішна діяльність передбачає формування у людини розуміння того, з якими знаннями, вміннями, навичками буде йти робота, що він може поліпшити у себе. Така робота повинна здійснюватися поетапно.

Процес кожної гри у тренінгу повинен являти собою закінчений і цілісний блок. На етапі орієнтування тренер підводить групу до тієї чи іншої теми (іноді за кілька годин), вибудовуючи певну стратегію, для того щоб група була готова до гри. Готовність до гри полягає в тому, щоб група зацікавилася запропонованою темою, в ній проявилися різні точки зору і у більшості учасників з'явилося бажання розібратися в даному питанні. Тренер продумує гру, розподіляє ролі, дає інструкції. У процесі гри в учасників з'являється усвідомлення якихось важливих закономірностей і правил. Далі йде переоцінка свого досвіду, звичних способів поведінки, формуються нові установки, що призводить до нових дій, новими алгоритмами нової поведінки. Дані стадії можна простежити і в усьому тренінгу як якийсь сукупний процес, і його остання стадія розкривається в п'ятому етапі.

П'ятий етап: зміни.

Реально досягаються результати тренінгу:

1. Підвищення індивідуальної ефективності за рахунок практичного засвоєння технологій, методів, прийомів.
2. Усвідомлення індивідуальних і організаційних можливостей і обмежень.
3. Дослідження відбуваються в галузі, регіоні, організації явищ.
4. Створення нових концепцій, підходів, місії, стратегії та ін.
5. Оптимізація комунікацій, управління, взаємодії та ін. в організації
6. Формування спільності - розвиток особистих стосунків, емоційного клімату, групового єдності, відданості, "формування команди" та ін.

В результаті проходження тренінгу учасники освоюють нові технології, методи і прийоми по темі тренінгу; отримують досвід аналізу конкретних випадків.

3.8. Основні характеристики методів тренінгу

У широкому розумінні метод розуміється як спосіб досягнення мети, здійснення пізнання, освоєння і перетворення об'єктів дійсності, що включає в себе загальні принципи і конкретні прийоми поведження з тим чи іншим предметом.

У разі тренінгу методи направлені не на об'єкт дійсності, а на суб'єкт двох типів - індивідуального і групового. Тому тренінгові методи поділяються на ті, які направлені на окремих учасників, і ті, які передбачають роботу з групою як цілим.

Проте в реальності тренінгу індивідуальні та групові процеси об'єднуються, тому тренер фактично реалізує тренінгові методи на трьох рівнях:

- 1) у групі - з окремим учасником; зазвичай це відбувається у випадку діадного взаємодії ведучого і одного з членів групи або при демонстрації техніки індивідуальної психокорекційної або консультаційної роботи, або при проведенні сеансу якого-небудь напрямку психотерапії у присутності спостерігачів, або при спонтанному виникненні діалогу з якої-небудь значущої для всіх темі;
- 2) з групою- як єдиним цілим; така ситуація виникає, коли ведучий дає завдання, яке повинна виконати вся група, і звертається саме до групи (або підгрупі), а не окремого учаснику (такий підхід особливо важливий в тренінг командоутворення);
- 3) через групу- з окремим учасником засобами самої групи; зовні робота на цьому рівні нагадує картинку попереднього, однак тут ведучий прихованим чином використовує ресурси групи для впливу на одного або декількох учасників (зрозуміло, з метою надання їм психологічної допомоги, а не задля маніпуляції як такої).

Отже, при аналізі тренінгових методів необхідно спиратися на критерії, в яких враховані, з одного боку, єдність індивідуальних і групових процесів, а з іншого - рівні здійснення діяльності тренера.

Методи тренінгу як форма практичної психосоціальної роботи завжди відображають своїм змістом певний принцип діяльності, цих методів дотримується провідний, проводить тренінгове заняття.

Тренінгові методи - це форма активного навчання, метою якого є перш за все передача психологічних знань, а також розвиток деяких умінь і навичок. Активність учасника тренінгу полягає в прагненні до самопізнання, у роботі над виявленням уявлень про себе, а відповідно, і пошуку шляхів зміни своєї поведінки і тих особистісних особливостей, які заважають ефективному діловому спілкуванню. Самоаналіз допомагає знайти ті особистісні ресурси, розвиваючи які учасник тренінгу прокладає свій шлях до досягнення успіху у професійній, так і просто в міжособистісній комунікації.

Методи, застосовувані тренером, повинні бути способом організації активної форми навчання тренінгу. Спільна активна робота учасників над створенням якогось інтелектуального продукту є інструментом тренінгу. В процесі спільної діяльності кожен вносить свій внесок і має можливість порівняти свій погляд на проблему з думкою інших і, можливо, змінити або доповнити свою думку.

Тренінговий метод - це спосіб організації потреби в активності до процесу навчання учасників у просторі і часі тренінгу з метою досягнення змін у їх житті і в них самих. Питання про типологію методів тренінгової роботи представлений широко.

Формат тренінгової роботи передбачає створення спеціальних умов, що мотивують учасників до ініціативного і творчого освоєння запропонованих тем. Такі умови створюються за допомогою методів активного навчання. Тренер активізує пізнавальну діяльність учасників, яка проявляється в трьох видах активності: розумова активність, активність дії, емоційно-особистісна активність

Ефективність застосування методів багато в чому залежить від чіткості, ясності, лаконічності інструкції, яка повинна містити необхідну і достатню інформацію. Не слід перевантажувати інструкцію деталями, зайвими поясненнями.

Невдалим можна вважати такий варіант, коли тренер інструктує довше, ніж триває виконання самого методичного прийому.

Іноді доцільно у процесі промовляння інструкції привести приклад, що ілюструє процес виконання вправи, або показати, продемонструвати, як воно повинно виконуватися.

Промовляючи інструкцію, тренер уважно по черзі дивиться на учасників групи, встановлюючи з кожним візуальний контакт. Це підвищує рівень уваги учасників групи, знижує ймовірність відволікання і пропуску тих чи інших фрагментів інструкції. За виразом обличчя, очей тренер одразу помічає тих, хто щось не зрозумів, і, закінчуючи інструкцію питанням, може бути, щось неясно і потрібні уточнення, затримує погляд саме на цих учасників групи.

Активність учасника відіграє вирішальну роль у тому, щоб отримана інформація перетворилася згодом у навичку, а потім перейшла в автоматизм, щоб людина, не замислюючись, міг діяти по-новому.

Питання для самоперевірки:

1. Принципи роботи тренінгової групи.
2. Поняття тренінг структура та його функції

Література:

1. Авермат Эдди Ван Социальное влияние в малых группах //Перспективы социальной психологии. М.: Эксмо, 2001. С. 504-544.
2. Агеев В. С. Межгрупповое взаимодействие: социально –психологические проблемы. М.: МГУ. 1990. С. 135 – 152;С. 159-168; С. 178-200.
3. Агеев В.С. Механизмы социального восприятия // Социальная психология в трудах отечественных психологов. СПб.: Питер, 2000, С. 276-289.
4. Агеев В. С. Социальная идентичность личности // Социальная психология. Хрестоматия. М.: Аспект Пресс, 1999. С. 327-356.
5. Адаптация осужденных к среде и ИТУ: Учебное пос./ Под ред. В. И. Селиванова. – Рязань, 1984.

6. Актуальные проблемы. – М.: НИИ Психиатрии, - 1978

7. Соціально-психологічні основи розвитку антиципації особистості : [монографія] / В.Ю. Завацький. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. – 292 с.

РОЗДІЛ III. Кризова психосоціальна допомога в соціальній роботі

Тема 1. Психосоціальна допомога сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими можливостями

1.1. Члени сім'ї інваліда

Сім'я з дитиною-інвалідом багато в чому відрізняється від сім'ї, де всі діти здорові. Численні дослідження останніх років звертають увагу на загальні для членів таких сімей особливості, знання яких допомагає фахівця з соціальної роботи ефективно взаємодіяти з ними. Сучасні дослідники виділили важливі психологічні характеристики членів сім'ї, в якій виховується дитина-інвалід.

Батьки дитини-інваліда, має тяжкі порушення, стикаються з безліччю труднощів. Встановлено наявність хронічного стресу у батьків, тривалий час (більше двох років) які виховують дітей-інвалідів. Ступінь психічної напруги батьків дітей-інвалідів вище, ніж батьків здорових дітей. Вони частіше, ніж батьки здорових дітей, переживають негативні емоції, в тому числі емоції тривоги і страху.

Вчені відзначають у батьків аномального дитини ряд спільних особливостей особистості: сенситивність і гиперсоциализация, захисний характер поведінки.

Сенситивність виражається в підвищеній емоційній чутливості, вразливості, образливість, схильність все близько брати до серця та легко засмучуватись.

Гиперсоциализация проявляється в надмірній відповідальності, почуття обов'язку, труднощі компромісів.

Поєднання сенситивности і гиперсоциализации означає внутрішнє протиріччя між почуттями та обов'язком, що сприяє виникненню внутрішнього морально-етичного конфлікту.

Дослідження вітчизняних і зарубіжних авторів дозволили виділити переважаючі почуття матерів, які виховують дітей з психічним дизонтогенезом: горе,

страждання, депресія, вина і сором. Саме матері відчувають стрес і симптоми депресії набагато більшою мірою, ніж будь-які інші члени сім'ї. Ці симптоми особливо яскраво виражаються, коли у дитини є проблеми в розвитку, і сім'я стикається з соціально-економічними труднощами.

Захисний характер поведінки передбачає відсутність відкритості, безпосередності та невимушеності у спілкуванні, що зумовлено не стільки способом вираження емоцій, скільки раніше були психотравмуючим досвідом міжособистісних відносин.

Були виділені типи реагування батьків аномальних дітей з вираженими порушеннями психофізичного розвитку на травму:

- імпульсивно-інертний (стенический) тип;
- гипостенический тип;
- змішаний тип.

Батьки з імпульсивно-інертним (стеническим) типом реагування обирають види діяльності, спрямовані на допомогу дитині. Вони сприймають свою взаємодію і відносини з дитиною як оптимальні, а самої дитини - як правомірно опікуваного.

Для батьків гипостенического типа. реагування характерна підвищена тривожність, різні страхи, глибока депресія. Ці особливості батьків у взаємодії з хворою дитиною набувають характер підпорядкування обставинам, що склалися. Вони часто скаржаться на свою некомпетентність у вихованні, а в деяких випадках реагують на стрес відкиданням дитини. Фрустрирующая ситуація для батьків з гипостенической типом реагування поступово набуває непереборний характер.

Під впливом хронічного стресу особу батьків дитини-інваліда зазнає зміни. Особистісні деформації батьків проявляються у вигляді поведінкових дезадаптації і неадекватних форм взаємодії з зовнішнім світом, включаючи дитину (сильний стресовий фактор). Велику роль у зміні особистості батьків у зв'язку з появою дитини-інваліда грають акцентуації характеру, наявні у них до появи дитини. Було виявлено, що виявлені характерологічні і невротичні зміни у батьків є здебільшого

наслідком несприятливих умов формування їх особистості в прабатьківській родині в дитячому і підлітковому періодах життя. Особистісні зміни в батьків відображаються на їх стосунках у шлюбі і на вихованні дітей, створюючи характерологічно і невротично мотивовані проблеми сімейних відносин.

У дослідженнях особистості батьків інваліда приділяють увагу особливостям ціннісно-сислової складової образу світу, значущості власного "Я". Як вважають учені, батьки дітей-інвалідів схильні вважати себе менш щасливими, менш гідними, менш везучими порівняно з іншими людьми. Вони частіше батьків здорових дітей переконані в тому, що люди не можуть запобігати важкі події власними діями, уникати негативних подій, що відбуваються в житті. Зміна базисних переконань має в своїй основі зміна цілісності індивідуальності, що призводить до спотворення смислової структури особистості.

Ціннісно-сислова складова образу світу батьків дітей-інвалідів є інтегруючим утворенням, яке змінює особистісні характеристики батьків дітей-інвалідів, такі як здатність до емпатії і здатність до самоактуалізації. Батьки дітей-інвалідів мають більший порівняно з іншими негативний досвід спілкування з оточуючими: вони стають більш "людяними" і не прагнуть до встановлення близьких особистих зв'язків. Зазначено, що вони менш чутливі до потреб інших людей і рідше, ніж батьки здорових дітей, схильні розглядати людей як добрих за своєю природою. Зменшення можливостей для самореалізації і самоактуалізації батьків дітей-інвалідів також є додатковим стресором і одним з чинників деформації ціннісно-сислової складової образу світу особистості.

На сьогоднішній день існують дослідження особистісних особливостей батьків залежно від діагнозу дитини. Так, у дослідженні особистісних особливостей матерів аномальних дітей з вираженими порушеннями психофізичного розвитку були виділені три групи: невротичний тип, авторитарний тип, психосоматичний тип, яким виявилися властиві специфічні індивідуально-типологічні характеристики.

Для матері невротичного типу характерні:

- пасивна особистісна позиція;
- виправдання власної бездіяльності щодо розвитку дитини та нерозуміння того, що деякі недоліки, які виникають у нього, вторинні і є результатом вже не біологічного дефекту, а власної особистісної неспроможності матері;
- прагнення захистити дитину від всіх проблем, навіть від тих, які він може вирішити власними силами;
- прояв слабкості або інертності при реалізації поставленої виховної мети;
- постійний тривожний фон настрою, наявність зайвих побоювань про щонебудь, що, в свою чергу, передається дитині і може стати причиною формування у нього невротичних рис характеру.

Матерям авторитарного типу властиві:

- активна життєва позиція, прагнення керуватися своїми власними переконаннями всупереч домовленостям з боку (радам родичів або спеціалістів), стійке бажання знайти вихід з положення, що створилося, як для себе, так і для своєї дитини;
- невміння стримувати свій гнів і роздратування, відсутність контролю над імпульсивністю власних вчинків, схильність до участі в сварках і скандалах; холодність або відстороненість від проблем дитини під час встановлення з ним контакту;
- нерівномірний характер застосування виховних заходів: досить часто використання жорстких форм покарання (окрик, придушення особистості, побиття).

Особистісні особливості матерів психосоматичного типу містять риси як першої, так і другої груп. Їм властиві:

- більш часті зміни полярних настроїв (нестримна радість, глибока депресія, викликана незначним приводом);
- тенденція до домінування, як і в авторитарних батьків.

Дослідження, учасниками яких були батьки дітей з порушеннями зору або слуху, показали, що їх особистісними особливостями є: у матерів - низька самооцінка, у батьків - слабо регульована емоційність як наслідок переживання хронічних труднощів. Матері і батьки таких дітей відрізняються від батьків нормально розвиваються дітей песимізмом як диспозиційної життєвою орієнтацією.

Дані, отримані при вивченні психологічних особливостей батьків (осіб, які їх заміщають) і членів сімей, їх особистісних переживань, пов'язаних з порушеннями розвитку дитини, дозволяють оптимізувати умови життя дитини і залучити батьків до активної і плідної участі у корекційно-розвивальному процесі. Характерологічні особливості батьків дозволяють визначити, наскільки вони можуть володіти стресостійкими якостями, необхідними для підтримки дитини, її виховання і соціального супроводу протягом всього його життя.

Крім особистісних змін у родичів можуть сформуватися клінічні ознаки психосоматичних, астенічних і вегетативних, а в інших випадках і прикордонних, психічних розладів, з переважанням аномальних особистісних і поведінкових порушень. Проблеми вивчення виникнення психопатологічних розладів у батьків таких дітей присвячено ряд робіт, більша частина яких виконана зарубіжними вченими. Більшість з них описують широкий діапазон невротичних і психотичних розладів у батьків дітей з порушеннями розвитку.

Динаміка психогенного захворювання була охарактеризована як зміна психопатологічних порушень затяжними невротичними синдромами, а потім формуванням різних типів патологічного розвитку особистості.

Більшість сучасних досліджень спрямовано на вивчення батьків хворої дитини, в основному матері. Разом з тим з'являються дослідження сиблінгов інвалідів (братів і сестер), а також членів розширеної сім'ї: дідусів і бабусь, де приділяється велика увага наданню травмуючого впливу хвороби близького на їх фізичний і психічний стан

1.2. Сиблінги дитини-інваліда

У родині наявність дитини з психофізичними вадами впливає на розвиток та його контакти здорових братів і сестер. Виділені як позитивний, так і негативний вплив дитини-інваліда на особистість здорового сиблінга.

Позитивні аспекти впливу хвороби дітей на здорових сиблінгов:

- розвиток у здорових сиблінгов толерантності, розуміння відмінностей між людьми;
- прояв турботи, здатності до співчуття;
- раннє дорослішання в порівнянні зі своїми однолітками і розуміння цінності здоров'я і повноцінного життя;
- більший самоконтроль і більш впевнену поведінку, ніж сиблінгам дітей без інвалідності.

Негативні аспекти:

- неможливість планування розважальних заходів, відпочинку;
- фінансові обмеження в освіті дітей у зв'язку з необхідністю лікування інваліда;
- відчуття незручності, сорому і винятки з боку своїх однолітків, які мали брати і сестри інвалідів.

Здорова дитина, як правило, відчуває тягар відповідальності і турботи про своїх хворих близьких. Разом з тим відповідальність здорових сиблінгов по відношенню до хворих далеко не завжди веде до негативних психологічних наслідків. Брати і сестри дітей-інвалідів мають більше домашніх обов'язків, ніж брати і сестри здорових дітей, проте ці обов'язки не завжди і не у всіх призводять до негативних наслідків.

Одним з важливих аспектів розгляду негативного впливу хвороби на здорового сиблінга є те, що брати і сестри дітей-інвалідів, можуть відчувати "провину

вижили", порівнюючи своє життя з життям хворого. Виходячи з почуття провини, вони можуть брати на себе обов'язки по догляду за хворим, відчуваючи сором за те, що вони здорові. Небезпека такого сприйняття дитиною хвороби сиблінга з-за неправильного розуміння боргу може призвести до появи маніпуляцій з боку інваліда протягом усього життя.

Здорові брати і сестри можуть відчувати огиду до необхідності доглядати за хворим, особливо коли ця необхідність супроводжується відсутністю уваги з боку батьків. Неувага батьків до однієї дитини в поєднанні з підвищеною турботою про інше заважає батькам помічати проблеми, які відчуває здоровий дитина.

У дослідженнях виявлено зв'язок між захворюванням і взаємовідносинами сиблінгов, один з яких інвалід. Наприклад, при порівнянні відносин до дитини з інтелектуальною недостатністю і відносин до дитини з фізичними обмеженнями ставлення до інваліда з боку здорового сиблінга краще у випадку фізичних порушень у хворого брата або сестри.

Було виявлено, що велику роль у питанні взаємовідносин сиблінгов грають наступні фактори:

- підлогу здорової дитини: сестри беруть на себе відповідальність частіше, ніж брати, тому знаходяться в зоні більшого психологічного ризику;
- черговість народження здорових і хворих дітей: старші сестри інвалідів піддаються стресу більшою мірою із-за підвищеної відповідальності і, відповідно, більший ризик проблемної поведінки, яке, в свою чергу, впливає на взаємини з однолітками;
- кількість дітей у сім'ї: чим більше дітей в родині, тим менше негативний вплив на братів і сестер надає хвороба родича. З одного боку, у великих сім'ях легше розподілити відповідальність між дітьми, з іншого - в таких сім'ях діти отримують менше уваги і часу спілкування наодинці з батьками.

У зарубіжних дослідженнях була виявлена тенденція: сиблінги інвалідів найчастіше вибирають кар'єру в медицині, освіті і різних сферах в області здоров'я.

Вчені вважають, що життєвий досвід дитини, що росте в сім'ї разом з сиблінгом-інвалідом, допомагає йому глибше зрозуміти проблеми сім'ї з інвалідом і ефективніше надавати допомогу. В області практичної роботи з сім'ями інвалідів фахівці звертають увагу на те, що можуть краще допомагати родині, якщо розуміють потенційні позитивні і негативні впливи інвалідів на сиблінгов.

Розглядаючи поява в сім'ї дитини з порушеннями у розвитку в ракурсі травми, необхідно звернути увагу і на вплив цієї події на життя і стан дідусів і бабусь хворої дитини.

Дідусевий бабусі таких дітей часто доглядають за хворою дитиною, замінюючи їм батьків. Особливо це стосується випадків, коли батьки таких дітей - наркомани, надто молоді, винні у поганому поводженні або насильстві над дітьми, розведені, не мають роботи або якщо дитина залишилася сиротою.

Як і батьки, дідусі та бабусі можуть відчувати глибоке почуття провини, не проходить деколи до кінця життя. Однак дідусі і бабусі відчують подвійну біль - не тільки за онука, але й за сина чи доньку. Іноді, щоб уникнути болю і відчуття власної безпорадності, дідусі та бабусі заперечують проблеми онука чи фантазують про чудесне зцілення.

У разі заперечення і відкидання дитини прабатьками збільшується напруга і розрив як між поколіннями, так і всередині сім'ї, між подружжям. Існуючі нечисленні дослідження межпоколенних сімейних відносин в сім'ях з дитиною-інвалідом показують, що дідусі і бабусі роблять на сприйняття батьками дитини з порушеннями великий вплив. Так, у дослідженнях було виявлено, що ставлення батьків до дітей з порушеннями розвитку залежить від підтримки з боку їх батьків (S. E. Weisbren). Зокрема, батьки, які мали таку підтримку, ставилися до дитини більш позитивно, ніж батьки, які не отримували підтримки батьків. Материнське ставлення до хворої дитини також стає більш позитивним за умови підтримки з боку батьків чоловіка. Великий вплив надають бабусі і дідуся і на здорових дітей в

сім'ї. У разі прояви ворожнечі та конфліктів між батьками і старшим поколінням здорові діти позбавлені можливості адекватно ставитися до хвороби сиблінга.

1.3. Родина, в якій інвалід є батьком

Хвороба батьків може обмежувати його можливості піклуватися про свою дитину. В цьому випадку правильна поведінка родичів може допомогти хворим брати участь в житті сім'ї та освоювати відсутні побутові та соціальні навички.

Знання спеціалістом основних проблем, що виникають в сім'ї, де інвалід є батьком, дозволяє дати рекомендації родичам і допомогти в нормалізації життя родини. В першу чергу в цьому випадку слід виділити проблеми, пов'язані з доглядом за дитиною в повсякденному житті, визначити батьківські обов'язки, що вимагають наявності соціальних навичок для вирішення питань лікування, навчання, матеріального забезпечення сім'ї.

Для інваліда найчастіше такі обов'язки у повному обсязі виконувати непосильно. Наприклад, особливість хворих шизофренією полягає в тому, що у них в більшій чи меншій мірі знижений енергетичний потенціал. Як правило, якщо в сім'ї є бабусі, дідусі, здоровий чоловік та інші родичі, частину турбот вони беруть на себе. Однак часто при цьому очікують від хворого батька більш активної ролі і пред'являють до нього надмірно завищені вимоги. Спроби хворого батька виконати свої обов'язки в такій ситуації виявляються недостатніми з точки зору родичів. Внаслідок цього у хворих зникає бажання проявляти активність, і в результаті вони роблять набагато менше, ніж могли б. При цьому відмічено, що люди, які страждають психічним захворюванням, нерідко володіють потенційно великими можливостями у вихованні дітей, ніж їм вдається реалізувати.

Рекомендації в подібних випадках спрямовані на зміну поведінки родичів хворого, яким слід не робити все за хворого, не критикувати його, прояснювати причини труднощів, які виникають у нього. Важливим аспектом психологічної підтримки є вироблення адекватних вимог до хворому батьку, так як завищені

вимоги, не враховують його стану з боку родичів, призводять до пасивності і блокують розвиток здорової активності, набуття досвіду.

Наступною проблемою розглянутої ситуації є взаємини між дитиною і батьком-інвалідом. Порушення стосунків у дитячому віці може призводити до різних психологічних труднощів у дітей і в сім'ї зі здоровими батьками. Якщо ж батько хворий психічним захворюванням, має інтелектуальні порушення, дитячо-батьківські відносини виявляються особливо вразливими. Для їх корекції часто виявляється необхідною допомога фахівця.

Наприклад, в сім'ї з психічно хворим батьком типовими проблемами є:

- замкнутість психічно хворого батька, його зосередженість на своєму внутрішньому світі, що призводить до відсторонення від дитини. Батько може не помічати потреб дитини, в інших випадках сприймаючи його як перешкоду;
- хворі батьки можуть бути залучені в діяльність будь-якої секти, громади, політичної партії, проводити час в компанії товаришів по чарці або сексуальних партнерів;
- фізичне або емоційне відсутність батьків призводить до відчуття дитиною непотрібності, покинутості, винуватість в тому, що відбувається;
- хаотичність, непослідовність вимог хворого батька до дитини;
- у деяких сім'ях, де психічно хворий батько не справляється зі своїми обов'язками, на дитину покладають непосильні для його віку обов'язки по догляду за хворим батьком, молодшими братами і сестрами.

Фахівці повинні звернути увагу родичів на необхідність враховувати дитячі потреби дитини або підлітка, компенсуючи відсутню турботу, пояснюючи йому, що поведінка батьків зумовлено хворобою, а не поганим ставленням. Це дозволяє формувати у дитини співчуття до хворого батька і перешкоджає появі почуття провини за те, що відбувається. Родичі хворого з допомогою спеціаліста можуть

забезпечити правильне підтримує поведінку хворого батька. Разом з тим слід враховувати вплив хвороби на особистість кожного члена сім'ї, потреби всіх родичів сім'ї з інвалідом психологічної підтримки і допомоги

1.4. Особливості життєвого циклу, функції та структури сім'ї дитини-інваліда

Кожна сім'я стикається з різними труднощами, проблемами. Розрізняють "нормативні стресори" - труднощі, що зустрічаються в звичайних умовах, пов'язаних з проходженням через основні життєві цикли (початок спільного життя, фаза проживання подружжя без дітей - стадія діади; сім'я з маленькою дитиною - стадія тріади; фаза стабілізації або зрілого шлюбу; фаза, в якій діти поступово покидають будинок; фаза "порожнього гнізда"; фаза, в якій хтось із партнерів залишається один після смерті іншого), а також виникають, коли сталася подія порушує життєдіяльність сім'ї. Труднощі, які загрожують життєдіяльності сім'ї, поділяють в залежності від сили (гостроти) та тривалості дії (короткочасність і хронічний стан). Значну роль у психологічному впливі цих труднощів відіграє фактор раптовості, винятковості (легше переносять труднощі, властиві багатьом сім'ям), а також відчуття безпорадності (неможливість забезпечити себе в майбутньому).

Показано, що незалежно від того, коли члени сім'ї отримують звістку про інвалідність дитини, воно завжди є несподіваним, що порушують очікування та уявлення про близьку людину. Присутній винятковість події - народження дитини не такого, як інші. Неможливість що-небудь зробити для того, щоб убезпечити себе, дитину і сім'ю в цілому, народжує безпорадність. Поява в сім'ї інваліда відноситься до числа екстремальних стресів для кожного її члена і найчастіше носить хронічний характер, що знаходить відображення у специфічних особливостях життєвого циклу сім'ї інваліда.

Так, Є. І. Холостова виділяє періоди в житті сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями розвитку від народження, і завдання даних періодів:

- народження дитини - отримання інформації про наявність патології, емоційне звикання, інформування інших членів сім'ї;
- шкільний вік - прийняття рішення про форму навчання дитини з обмеженими можливостями розвитку, переживання реакцій групи однолітків, організація навчання та позашкільній діяльності;
- підлітковий вік - звикання до хронічної природи захворювання дитини, виникнення проблем, пов'язаних з збудженою сексуальністю, ізоляцією від однолітків і його відкиданням (з їх боку), планування майбутньої зайнятості дитини;
- період "випуску" - визнання і звикання до триваючої сімейної відповідальності, прийняття рішення про підходящому місці проживання змушеної дитини, переживання дефіциту можливостей для соціалізації члена сім'ї - інваліда;
- постродительський період - перебудова відносин між подружжям (наприклад, якщо дитина була успішно "випущений з сім'ї) і взаємодію з фахівцями за місцем проживання дитини.

Стадії розвитку сім'ї інваліда часто не збігаються зі стадіями розвитку сім'ї зі здоровими дітьми. Відзначено, що сім'ї даної категорії повільніше досягають певних етапів життєвого циклу, а іноді і зовсім не досягають. Наприклад, дитина з глибокою розумовою відсталістю не здатний до навчання в школі, і вирішення питання адаптації сім'ї до вимог школи стає неактуальним. Вибір професії в підлітковому віці також неможливий при деяких захворюваннях дитини. Часто дитина-інвалід не може проживати окремо від батьків.

Життєвий цикл сім'ї пов'язаний зі змінами найважливіших характеристик сім'ї: функцій, структури, способів внутрішньородинної комунікації.

Функції сім'ї - це сфера життєдіяльності, безпосередньо пов'язана із задоволенням певних потреб її членів. Виділяють репродуктивну, виховну, господарську, економічну, первинного соціального контролю, духовну, соціально-статусну, досугову, емоційну, сексуально-еротичну функції. З допомогою функцій сім'я задовольняє потреби кожного члена, допомагає досягати особистих цілей, самореалізації. Важливою особливістю сімейних функцій є їх комплексність, завдяки чому член сім'ї отримує можливість оптимальної реалізації своїх потреб, що свідчить про нормальне функціонування сім'ї. Якщо виникає порушення функцій сім'ї, певні потреби її членів не задовольняються, особисті цілі часто стають нездійсненними. Такі сім'ї називають дисфункціональними.

В сім'ї, яка виховує дитину-інваліда, відбувається зміна функцій сім'ї, з'являються нові, раніше не властиві сім'ї, частину функцій втрачається. До нових функцій, не властивих сім'ї зі здоровими дітьми, відносять реабілітаційну та абилітаційну функції. У багатьох сім'ях з дитиною-інвалідом на перший план починає виходити функція виховання і навчання. Разом з тим ряд вчених і практиків помічають, що функція навчання є лише однією з багатьох інших.

Спрямованість роботи з сім'єю інваліда тільки на включення батьків на лікування і навчання дитини часто залишає без уваги психологічний стан самих батьків, їх особисті потреби і плани, що не може не відбиватися в кінцевому рахунку і на стані дитини-інваліда. Слід враховувати, наскільки батьки хворого дитини хотіли б виконувати роль вчителя, чи готові до неї і комфортно відчують себе в цій ролі. У них більш напружений графік роботи з дитиною, ніж може витримати сімейна система.

Особливо гостро стоїть питання виконання сім'єю цієї категорії соціально-статусної, дозвіллевої, емоційної функцій. Стрессова ситуація народження дитини-інваліда сприяє зміні ціннісних орієнтації, життєвих планів, цілей. Знижуються можливості кар'єри і високого заробітку, можливості організації дозвілля, обмежуються час і сили для виконання емоційної функції - емоційної підтримки

членами сім'ї один одного. Стає очевидним, що велика ймовірність порушення функцій сім'ї з дитиною-інвалідом, завдяки чому багато з них стають дисфункціональними.

Вивчення сімей, які виховують дитину з обмеженими можливостями здоров'я, показує наявність особливостей структурних характеристик таких сімей.

Структура сім'ї складається з різноманітних параметрів: складу її членів і взаємин, культурного та ідеологічного стилів сім'ї. Основними характеристиками структури сім'ї є поняття "зв'язок" і "ієрархія".

Склад сім'ї, яка виховує дитину-інваліда, найбільш вивчена характеристика. Відомо, що родини даної категорії різні. Це розширені сім'ї, що проживають як спільно, так і на відстані; неповні сім'ї, де батьком є мати-одиначка; сім'я, що втратила одного зі своїх членів, і батько, який є вдовою або вдівцем. У деяких сім'ях з дитиною-інвалідом батьки страждають від психічних розладів і можуть мати різні психосоматичні захворювання. На сьогоднішній день відсутні дослідження з вивчення того, як склад сім'ї впливає на її функціонування. Разом з тим дана структурна характеристика є в аналізі сімей дуже значущою. Так, наявність у складі дорослих членів сім'ї лише одного з батьків може негативно позначитися на виконанні функції первинного соціального контролю.

На культурний стиль сім'ї впливають етнічний, соціально-економічний та інші фактори. Відзначено, що культурно зумовлені уявлення пов'язані з пристосуванням сім'ї до особливого дитині і можуть впливати на її взаємодію з соціальними установами.

Важливо в роботі з такими сім'ями звертати увагу на погляди, цінності членів сім'ї, що в цілому становить ідеологічний стиль сім'ї. Фахівці повинні знати, якої думки дотримуються члени сім'ї з приводу порушення розвитку дитини, вважаючи це своєю провиною, чиєю-то виною чи випадковістю. Дані погляди можуть впливати на взаємини з професіоналами і відношення до лікування дитини. У

випадку, коли члени сім'ї відчувають сором і провину, здатність справлятися з хронічною хворобою дитини знижується.

Поняття "зв'язок" передбачає психологічну відстань між членами сім'ї. Розрізняють занадто близькі відносини (симбіоз) і дуже далекі (роз'єднаність). Між різними підсистемами (батьківська і дитяча підсистеми) є межі - внутрішні кордони сім'ї, які можуть бути занадто суворі або занадто слабкі. Надмірна проникність кордонів робить людину вразливою ззовні, жорсткі межі обмежують комунікацію та підтримку між членами сім'ї.

Системний характер відносин проявляється в сім'ї в тому, що і хвора дитина відчуває на собі вплив сім'ї, і кожен з її членів перебуває під впливом проблем, викликаних захворюванням дитини. Внутрішні соціальні зв'язки можуть бути досить сильними, і тоді всі члени сім'ї включені в життя один одного. Соціальні зв'язки всередині сім'ї можуть бути слабкими, що веде до роз'єднаності членів сім'ї, оскільки їх потреби, цілі, інтереси істотно різняться. Ступінь участі такої сім'ї у життя хворої дитини буде мінімальною. Сім'ї, де спостерігається баланс соціальних зв'язків, кожен член сім'ї пов'язаний з іншими, але при цьому йому надається певна ступінь автономії. Соціальна система, яка характеризується міцними внутрішніми зв'язками, заснованими на довірі та відповідальності, більш стійка, ніж інші.

Зовнішні межі сім'ї також можуть бути жорсткими, розмитими і проникними. Наявність жорстких меж, коли сім'я живе замкнуто, не допускаючи участі в її житті не тільки чужих людей, але часом і родичів, призводить до утруднень у взаємодії з різними соціальними інститутами і структурами. При появі дитини з проблемами в розвитку така сім'я не здатна швидко мобілізувати наявні ресурси, що призводить до її дезорганізації.

Розмиті, недостатньо чіткі кордони роблять сім'ю схожою на "прохідний двір", що тягне за собою втрату інтимності, безпеки сімейної атмосфери.

На противагу цьому гнучкі, проникні зовнішні межі сім'ї дозволяють звертатися за допомогою до оточуючих: знайомим, родичам, друзям, що значно полегшує тягар такої сім'ї.

Поняття "ієрархія" характеризує відносини домінантності-підпорядкованості в сім'ї. Існування в сім'ї надмірного домінування одного члена сім'ї та занадто залежних інших може бути причиною сімейної дисфункції. Таким домінуючим членом сім'ї може бути не тільки батько чи мати, але і хвора дитина, що стає центром уваги і буквально підпорядковує собі всю сім'ю. В системах, де одна людина постійно займає панівне становище, а інший (або інші) приносить себе в жертву, ймовірність дисфункціональності зростає.

При роботі з сім'єю інваліда фахівець повинен звернути увагу на структуру сімейних ролей, яка регулює взаємовідносини її членів. Поняття ролі пов'язане з уявленнями суспільства про норми, яким повинен відповідати член сім'ї. Так, мати в очах суспільства повинна рости і виховувати дітей, утримувати в порядку будинок, бути привабливою для чоловіка, організовувати дозвілля сім'ї і т. д. Таким чином, вона виконує одночасно декілька функцій: вихователя, вчителя, домогосподарки, привабливої жінки, яка вміє створити затишок і теплу атмосферу в сім'ї. Батько повинен забезпечувати матеріальний достаток сім'ї, захищати її від можливих загроз ззовні, граючи роль "годувальника" і "захисника". Вимоги до дитини - слухатися батьків, вчитися, освоювати спеціальність, граючи роль "учня". Важливо, щоб ці ролі відповідали можливостям індивіда, дозволяли реалізовувати власні потреби і не викликали нервово-психічного перенапруження.

У сім'ях з дитиною-інвалідом досить часто вимоги до виконання певної ролі стають непосильними. Особливо велике навантаження падає в таких сім'ях на матір. Враховуючи необхідність приділяти багато часу лікування дитини, здійснення інших ролей часто стає важкою у силу того, що на них просто не залишається часу. Батько, якщо навіть успішно справляється з роллю "добувача", не завжди може захистити сім'ю від нападу ззовні, зокрема від стигматизації, якої зазнає сім'я з

дитиною-інвалідом. Хвора дитина, як правило, слабо справляється з роллю "успішного учня". Невпевненість у виконанні предписаних роллю вимог народжує у членів сім'ї даної категорії тривогу і незадоволеність собою, сімейним життям.

1.5. Кризові періоди в житті сім'ї, яка виховує дитину-інваліда

Самим важким, кризовим періодом у житті сім'ї є повідомлення про порушення розвитку дитини. У цей час батьки особливо потребують підтримки. Безпосередні реакції батьків на постановку діагнозу - потрясіння, глибоке розчарування, тривога і депресія.

Сприйняття порушень як втрати "нормального" дитини може призвести до періоду скорботи, аналогічної скорботи у разі смерті члена сім'ї.

Сара Ньюман, мама дитини з порушеннями розвитку, в своїй книзі "Ігри і заняття з особливою дитиною" (2009), розповідає про свою реакцію на новину про діагноз сина:

"Дізнавшись, що моя дитина - особливий, я випробувала відчуття, схоже на скорботу за померлим. Я оплакувала того сина, якого у мене ніколи не буде, загинув надії і очікування, Крістоферу був лише рік, коли у нього виникли серйозні проблеми, і ми не знали навіть, навчиться він ходити і говорити, не кажучи вже про те, щоб піти в школу або почати самостійною життя. Чимало часу минуло, перш ніж ми змогли змиритися з ситуацією, перевести дух і мужньо поглянути в невідоме майбутнє. Мабуть, близько шести місяців знадобилося мені, щоб більш або менш знайти присутність духу; однак і тепер, кілька років потому, коли я згадую про свої колишні мрії, бачу звичайних дітей або чую необережні зауваження інших батьків, мене охоплює туга. А іноді навалюється страшна втома".

Для розуміння горя Е. Кюблер-Росс (Е. Kibler -Ross) запропонувала модель, яка описана в її книзі по смерті і вмирання. Вона виділила п'ять стадій горя:

заперечення; угода; гнів; депресія; прийняття. На думку дослідників, ці стадії проходять батьки після початкового шоку - народження хворої дитини. Як вважають вчені, знання психологічних стадій, виділених в теорії горя, допомагає фахівцям:

- зрозуміти реакцію сім'ї інваліда, не розглядаючи поведінку членів сім'ї як патологічне;
- усвідомити, коли і яким чином краще втрутитися в ситуацію.

Разом з тим необхідно гнучко застосовувати теорію стадій, враховувати особливості конкретної сім'ї та індивідуальні реакції на таке потрясіння.

Прикладом використання моделі стадій горя Е. Кюблер-Росс є керівництво по роботі з новонародженими з порушеннями розвитку¹, яке дає рекомендації фахівців щодо психологічного супроводу сім'ї на кожній зі стадій:

1. Заперечення. Поставлений дитині діагноз, як правило, викликає у батьків реакцію шоку, зневіри. На перших порах заперечення дозволяє "вижити", але не може захистити від реальності. Якщо подібна реакція затягується, це безумовно впливає на стан дитини. Заперечуючи діагноз, батьки можуть продовжувати пред'являти до нього вимоги, які дитина не в змозі виконувати. У деяких випадках, намагаючись домогтися перегляду поставленого діагнозу, батьки відмовляються від участі дитини в необхідних заняттях і програмах, що гальмує лікування. Багато на цій стадії відчувають розгубленість, заціпеніння, дезорганізацію і безпорадність.

Фахівцям, що працюють на даній стадії з родиною, необхідно знати, що при повідомленні батькам діагнозу вони не в змозі приймати детальну інформацію про необхідному лікуванні. Перше, чого потребують батьки хворого дитини в цей період, це підтримка і співчуття. Основне завдання спеціаліста на даному етапі - встановлення довірчих відносин і мотивація батьків на співпрацю з лікарями. Крім того, важливо враховувати, що спеціаліст, який бере участь на цьому етапі в консультації родичів, може вплинути на формований в сім'ї стиль обговорення хвороби.

2. Угода. Для цієї стадії характерне прагнення батьків "вилікувати" дитини, покладаючись на справедливість, винагорода за "добрі справи". Надія на чудесне зцілення, пошуки "всемогутнього лікаря", звернення до релігії дають батькам відчуття можливості вплинути на ситуацію, відчуття контролю, якого вони позбавлені. З'являються думки про те, що якщо батьки здійснять необхідні дії (будуть гаряче молитися, безкорисливо допомагати нужденним і т. д.), то хвороба зникне. Подібні реакції батьків нормальні і виправдані. Вони дають полегшення і можливість діяти в ситуації, коли від людини мало що залежить.

Важливим моментом є робота фахівців з почуттям провини. Починаючи з того часу, як сім'я дізнається про захворювання дитини, практично завжди запускається процес пошуку винного у трагедії, що не дозволяє конструктивно вирішувати виникаючі проблеми. Звинувачення себе або один одного впливає на поведінку членів сім'ї. Вони ведуть себе таким чином, ніби заподіяли шкоди хворому, бояться, що вони зробили щось не так, зі страхом чекають звинувачень з боку оточуючих. Хворі можуть "експлуатувати" почуття провини родичів, стаючи надмірно вимогливими і примхливими.

3. Гнів. Якщо з часом поліпшень у стані дитини не відбувається, на місце надії приходить гнів. Часто гнів звернений на фахівців, які не в змозі надати необхідну допомогу, не володіють потрібними знаннями, не уважно ставляться до дитини і т. д. Не кожен фахівець, що працює з хворим, може спокійно сприймати гнів з боку батьків. Лікар, що бачить своє завдання в лікуванні пацієнта, може відчувати себе ображеним такою "невдячністю". У суспільстві також не прийнято відкрите вираження гніву, який вважається негативною емоцією, тому його прийнято стримувати, приховувати. У зв'язку з цим цінність психотерапії полягає саме в тому, що терапевт не тільки дозволяє, але й заохочує вираз гніву, в деяких випадках навчає батьків його висловлювати. Слід зазначити, що в сім'ях, де не прийнято відкрите вираження емоцій, відбувається відчуження, підвищення тривоги, депресія посилюється.

4. Депресія. Усвідомлення хронічної природи захворювання і його наслідків приводить до появи у батьків депресії. У деяких сім'ях це короткочасна реакція, за якою слідує прийняття хвороби і конструктивні дії по пристосуванню життя сім'ї до лікування і виховання хворої дитини. У чому тяжкість депресії залежить від того, як сім'я інтерпретує стан дитини і від її здатності справлятися з труднощами.

При ситуаційної, короткочасної пригніченості батьків фахівці повинні запевнити їх у тому, що ці почуття нормальні. Не слід розглядати випадкові перепади настрою як глибоку особисту проблему. Тим не менш вкрай важливо відрізнити клінічну депресію від більш помірних її форм і від нормальної дисфорії. Слід звертати увагу на ознаки повернення на ранні стадії (заперечення, гніву), однак не варто розглядати як прояв патологічного поведінки, якщо при цьому почуття не перетворюються в хронічні і болючі.

Можливою реакцією на цій стадії є реакція відчуження, коли батьки відчувають спустошеність і байдужість до всього. Така реакція може означати, що батьки мимоволі починають визнавати реальність порушень, і тоді це - поворотний пункт процесу адаптації.

5. Прийняття вважається досягнутим, коли батьки можуть:

- відносно спокійно говорити про проблеми дитини;
- зберігати рівновагу між проявом любові до дитини і заохоченням його самостійності;
- співпрацювати з фахівцями, складати короткострокові та довгострокові плани;
- мати особисті інтереси, не пов'язані з дитиною;
- вміти щось забороняти дитині і при необхідності карати його, не відчуваючи почуття провини;
- не проявляти по відношенню до дитини гіперопіку, надмірну і непотрібну строгість.

Враховуючи циклічність багатьох важких захворювань, вчені відзначають, що виділені стадії можуть повторюватися при погіршенні стану дитини. Для кожної конкретної сім'ї необхідно різний час для досягнення прийняттого рівня адаптації. Однак середній термін адаптації складає близько двох років, як і при інших серйозних втрати. Разом з тим ряд авторів вважає хронічну скорботу нормальною реакцією батьків на дитину з порушеннями.

Адаптація сім'ї, пристосування її до хвороби є важливим аспектом психотерапевтичної роботи з родичами хворого. В цьому напрямку можливе використання в роботі моделі пристосування сім'ї до хронічної хвороби, розробленої Дж. Ролландом¹. Ця модель заснована на розумінні серії життєвого циклу та його варіацій, пов'язаних з хворобою. Згідно цієї моделі існує декількох змінних, які слід брати до уваги: початок захворювання; перебіг хвороби; часові фази хвороби, а також стилі сімейного життя (центростремителные і відцентрові) та їх взаємозв'язок з життєвим циклом сім'ї.

Початок хвороби. Хвороба може мати гострий або поступовий початок. У ситуації гостро виникає захворювання сім'я змушена мобілізувати свої ресурси за короткий час. При поступовому розвитку хвороби родичі, не маючи точного уявлення про події, про необхідні з їх боку діях, знаходяться в напрузі часом тривалий час.

Перебіг хвороби (часові фази). Хвороба може прогресувати або залишатися стабільною. Можливо прояв хвороби епізодично (нападами) або постійно. У випадках, коли захворювання протікає із загостреннями, близькі родичі живуть в очікуванні чергової кризи, постійно відчуючи стрес.

У хвороб є часові фази, такі як критична, хронічна і термінальна. У періоди кризи хвороби сім'я особливо залежна від фахівця, потребує співчуття і делікатності. Зіткнувшись з хронічною фазою хвороби, родичі змушені зберігати подобу нормального життя, перебуваючи в постійній непевності. Порушення

життєвих планів інших членів сім'ї у зв'язку з хворобою може призвести до загострення відносин до сім'ї. Говорячи про адаптації сім'ї до термінальної фази, Дж. Ролланд підкреслює, що на цьому етапі сім'я повинна перейти від спроб контролю над хворобою до можливості "відпустити" хворого.

Ключовим компонентом цієї моделі є поняття, що описують типові періоди закритості сім'ї та її завершення. З точки зору сімейного життєвого циклу сім'ї настає період закритості, підвищується увага до внутрішнього життя сім'ї (доцентровий період) з появою новонародженого і прагнення до роз'єднання (відцентровий період), коли діти починають самостійне життя і кожен член сім'ї може мати свої інтереси, плани за рамками сім'ї.

Якщо в родині з'являється хворий, то сімейну динаміку визначає тяжкість захворювання. Сім'я або тимчасово повертається до доцентрове стилю життя, або він буде встановлений на постійній основі. При цьому для деяких членів сім'ї відмова від вже існуючої нового життя стає більш важким випробуванням, ніж у тому випадку, якщо ці плани носили лише попередній характер.

Таким чином, хронічне захворювання може серйозно вплинути на особисті цілі членів сім'ї. Для того щоб зберігати рівновагу між забезпеченням потреб хворого і досягненням своїх цілей членами сім'ї, фахівці повинні обговорювати з родичами, на які особисті цілі і плани вплинув діагноз і при яких умовах ці відкладені або скасовані плани можуть бути здійснені.

Маючи таку інформацію, фахівець може передбачити майбутні кризи розвитку, пов'язані з протиріччям між "незалежністю" від хронічної хвороби та "підпорядкуванням" їй.

1.6. Життєві стратегії сім'ї інваліда

Сім'ї по-різному реагують на труднощі, пов'язані з появою в сім'ї дитини з порушеннями у розвитку. Деякі мобілізуються, в інших відбувається наростання протиріч аж до розпаду сім'ї. На сьогоднішній день вченими описано різні життєві

стратегії сімей даної категорії в адаптації до хвороби та інтеграції в соціум. Так, були виділені чотири типи життєвих стратегій у сім'ї інваліда:

- 1) стратегія "інтеграції в соціальне середовище", що передбачає відкритість та включеність у зовнішній світ за активної участі в цьому інваліда, що позитивно позначається на зміну статусних характеристик її членів;
- 2) стратегія "умовного успіху", яка проявляється у відкритості і включеності членів родини в зовнішній світ при ізоляції інваліда, що стримує соціальну мобільність інваліда;
- 3) стратегія "сім'я як самоціль", при якій відбувається відмежування сім'ї від зовнішнього світу, але надання свободи інваліду всередині сім'ї. У рамках даної стратегії зміна соціального статусу сім'ї та її членів утруднено, але можлива внутрісімейна мобільність;
- 4) стратегія "повній ізоляції", яка передбачає відокремлення сім'ї від зовнішнього світу при авторитарних стосунків усередині сім'ї. У рамках даної стратегії у інваліда немає не тільки можливості зміни статусу в соціальній структурі, але і положення в структурі сім'ї.

В залежності від переважання тих чи інших цінностей, культивованих в родині, були запропоновані наступні життєві стратегії даних сімей:

1. Сім'ї, які вважають, що важливим орієнтиром людини повинна бути користь, яку людина приносить своїм життям. Така сім'я спонукає дитину задуматися про своє майбутнє, про норми, які передбачають поєднання індивідуальних і суспільних інтересів індивіда і соціуму.
2. Провідною цінністю у свідомості зростаючого дитини є придбання особистісного благополуччя, досягнення індивідуального успіху будь-якими способами. Такими можуть виступати не тільки соціально-прийнятні способи, але й прагнення викликати до себе позитивне ставлення тих людей, від яких залежить його майбутнє.
3. Можлива спроба орієнтації сім'ї на поєднання громадського та особистого.

Методи, використовувані сім'єю для формування різного ступеня самостійності у вихованні дитини-інваліда, також можуть служити критерієм для визначення різних типів сімейних стратегій щодо дитини-інваліда:

1. Тотальний контроль за кожним кроком дитини. Тут саме дорослий визначає цілі, засоби і результат кожного значущого життєвого події дитини.
2. Дитині надано можливості самому з мінімальним втручанням дорослого конструювати свій життєвий шлях, починаючи з вибору видів діяльності в різних сферах.
3. Спроба поєднання певної частки самостійності дитини з контролем з боку сім'ї, зреалізований у виборі способів реалізації тих чи інших цілей і результатів. Дана стратегія представляється оптимальною. У таких сім'ях дорослий разом з дитиною шукає варіанти реалізації здібностей дитини з обмеженими можливостями здоров'я.

Якщо сам характер природної обмеженості такий, що дитина ніколи не зможе бути самостійним у задоволенні елементарних потреб у їжі, пересуванні і т. д., то можливі три варіанти життєвих стратегій сім'ї:

1. Сім'я виконує функцію постійної турботи про таку дитину протягом його і її власного життя. Дитина знаходиться в повну залежність від сім'ї, і в обмін на своє особисте право на прийняття рішень, що стосуються його життя, отримує постійну турботу, захист і контроль. Відбувається орієнтація на суб'єкт-об'єктні відносини. Даний тип взаємодії засвоюється дитиною і переноситься їм у доросле життя. Вже доросла людина, як і раніше, потребує опіки і турботи.
2. Другий варіант передбачає при такій же мірі інвалідизації пошук сім'єю можливих варіантів самореалізації дитини. Однак і при такому варіанті без підтримки сем'ї або іншого соціального оточення самореалізація дитини-інваліда неможлива. У зв'язку з цим сім'я залишається провідним суб'єктом життєвого шляху дитини-інваліда.

3. Сім'я не проявляє активності у пошуку способів реабілітації дитини, хоча такі є, тому не створюється установка на самостійність у побуті, праці, сімейного життя. Пасивність сім'ї проявляється в орієнтації на підтримку ззовні (з боку держави, з боку найближчих родичів тощо), розмитості або відсутності життєвих планів щодо освіти та професійної підготовки дитини, переважання цінностей залежності (від зовнішніх обставин, від держави, суспільства і т. д.), прийняття ролі стигматизованої сім'ї.

Слід зауважити, що сучасні досягнення науки і техніки знижують природну обмеженість, що відображається на життєвих стратегіях сім'ї дитини-інваліда і дозволяє виділити такі типи сімей:

1. Сім'я активно спрямовує зусилля на пошук можливостей зниження природної та соціальної обмеженості (лікування, реабілітація). Сім'я активно формує у дитини навички адаптації і установки на самостійність у побудові життєвого шляху, можливість подолати свою обмеженість і залежність від інших людей. Розширюється спектр взаємодії дитини. Залучаючи його в різні види діяльності, сім'я наближає життєвий шлях дитини до варіанту життєвого шляху здорової людини.

2. Сім'я здійснює пошук способів включення дитини в різні види діяльності для визначення його схильності до тих або інших занять у разі неможливості наближення життєвого шляху дитини-інваліда до життєвого шляху здорових однолітків. Сім'я конструює життєвий шлях таким чином, щоб інвалідність не була вирішальним чинником життєвого шляху, і не заважала досягнення життєвих цілей та планів щодо її дитини. Даний варіант впливу сім'ї на життєвий шлях дитини-інваліда є оптимальним.

3. Пасивне прийняття сім'єю ситуації інвалідності, що можливо і при нескладних формах інвалідності. Сім'я в цьому випадку дистанціюється від дитини, який вимушено бере на себе відповідальність за власні рішення і життєві обставини.

Визначені життєві стратегії сімей з дитиною-інвалідом дозволяють фахівцям вибудовувати роботу з підтримки соціалізуючі можливостей сім'ї з урахуванням сучасних підходів, ґрунтуючись на проблемах, потребах, можливостях і ресурсах сім'ї та її найближчого соціального оточення.

Серед ресурсів таких сімей вчені виділяють:

- соціальний статус сім'ї - повний склад сім'ї; освітній рівень членів сім'ї та можливість батьків працювати за спеціальністю, здійснюючи свої особисті плани та цілі; матеріальна забезпеченість тощо;

- взаємовідносини членів сім'ї один з одним - можливість відкритого обговорення проблеми, щирого вираження почуттів і підтримка у вирішенні проблем з хворою дитиною інших членів родини - бабусь і дідусів;

- взаємовідносини членів сім'ї з дитиною-інвалідом- емоційне прийняття дитини членами сім'ї, адекватне ставлення родичів до захворювання і складаний у зв'язку з цим стиль виховання дитини, що виключає гіперопіку і розвиває самостійність дитини;

- запит членів сім'ї на психологічну підтримку, визнання членами сім'ї необхідності надання допомоги не тільки хворій дитині, але й собі. Розуміння взаємозв'язку і взаємозумовленості проблем дитини та психологічного і соматичного стану інших членів сім'ї. Відкритість сім'ї для психологічної роботи з фахівцями - психологами. Проблемними сторонами сім'ї, що потребують психолого-корекційної роботи у відповідності з виділеними блоками відповідно є наступні її характеристики:

- соціальний статус батьків та інших членів сім'ї - низька матеріальна забезпеченість, відсутність освіти або можливості працювати за фахом, структурні характеристики сім'ї і т. д.;

- взаємовідносини членів сім'ї один з одним - характер внутрішньосімейних відносин у підсистемах (незрілість, емоційна відчуженість, відсутність узгодженості сімейних взаємин, зміни ролей і т. д.), деспотичне домінування одного з батьків тощо;

- взаємовідносини членів сім'ї з дитиною-інвалідом - нерозуміння сім'єю хвороби і стану хворого, емоційне відкидання дитини або інша крайність - симбіотичні відносини з дитиною, відсутність реалізму в оцінці його можливостей і т. д.;
- запит членів сім'ї на психологічну підтримку - відсутність уваги членів сім'ї до власного психологічного стану, небажання що-небудь міняти і т. д.

Таким чином, сім'я, її життєві стратегії, з одного боку, можуть виступати значущим ресурсом, який сприяє соціалізації дитини-інваліда, з іншого - можуть бути в цьому відношенні потужним бар'єром, що в кінцевому підсумку призводить до дезадаптації та дезінтеграції дитини з порушеннями у розвитку.

1.7. Напрямок та форми соціальної роботи з сім'єю інваліда

Основними напрямками соціальної роботи є допомога у набутті сім'єю колишнього соціально-психологічного та соціокультурного статусу, подолання психологічного стресу. Вирішення цієї проблеми передбачає:

- діагностику психологічного стану членів сім'ї;
- визначення критеріїв об'єднання батьків у групи для надання адекватної допомоги і взаємодопомоги кожній конкретній родині;
- складання програми реабілітації сім'ї у психолого-педагогічному, соціально-культурному аспектах; проведення реабілітаційних заходів у відповідності з програмою кожної сім'ї;
- організація груп взаємопідтримки;
- епізодичне патронирование сім'ї після реабілітаційних заходів.

Основними напрямками психосоціальної роботи з сім'єю дитини-інваліда є:

1) діагностика:

- сім'ї як цілого (соціального статусу, взаємовідносин між членами сім'ї, батьківського ставлення до дитини, стилів виховання);
- особистісних особливостей батьків;

2) планування корекційної роботи:

- планування індивідуальної роботи з кожною сім'єю;

- формування груп взаємної підтримки;
- 3) проведення індивідуальної і групової роботи:
- проблемно-орієнтоване консультування (щодо виявлення та вирішення поточних проблем);
 - організація груп взаємної підтримки.
- 4) постреабілітаційне супровід сім'ї (періодичне патронирование сім'ї).

1.8. Діагностика

Діагностичне обстеження сім'ї повинно проводитися з урахуванням того, що, як правило, батьки такої дитини не мають в своєму розпорядженні часом, крім того, їм буває досить складно говорити з фахівцями на теми сімейних взаємин, батьківського ставлення до дитини. У більшості батьків є установка на лікування та реабілітацію дитини, інші теми здаються батькам неактуальними. У зв'язку з цим потрібні експрес-методики, які не займають багато часу і є максимально інформативними для фахівця. Приклад такої методики дається в дод. 5.

На сьогоднішній день російськими і зарубіжними вченими запропоновані різні моделі аналізу сім'ї, наприклад чотирьох аспектна модель аналізу сімейної системи включає наступні характеристики: структурні (тип зв'язку та ієрархії в сім'ї, зовнішні і внутрішні кордони); сімейна мікродинаміка, що відображає особливості повсякденного сімейного функціонування (комунікативний стиль, розподіл ролей тощо); макродинаміка, що відображає особливості сімейної історії в поколіннях; сімейна ідеологія, яка відображає норми і цінності сім'ї.

ПОВ. Эйдемгьер, Ст. Юстицкис виділяють такі типи сімей з дитиною-інвалідом:

- гармонійна сім'я, яка відрізняється теплою прихильністю її членів один до одного;
- негармонічна сім'я, що характеризується домінуючим становищем одного з батьків і залежним - іншого;

- розпадається або сім'я, що розпалася, у якої стався розрив між батьками і один з батьків відокремився від колишньої сім'ї, хоча і зберігає з нею контакт і виконує деякі її функції;
- ригідная псевдосолидарная сім'я, в якій панує беззастережна диктатура одного з батьків.

Батьки є головними особами, визначальними виховання і соціальну адаптацію дитини. Тому вчені приділяють особливу увагу психологічного вивчення їх особистісних характеристик. Так, в результаті діагностичного дослідження батьків були запропоновані психологічні портрети батьків дитини з обмеженими можливостями здоров'я (портрет батька невротичного, авторитарного і психосоматичного типів), які можуть бути визначені за допомогою анкети "Психологічний тип батька" (дод. 6). Крім характерологічних рис досліджуваної категорії батьків дана анкета дозволяє виявити стилі виховання, притаманні конкретному типу батьків¹.

Планування корекційної роботи проводиться на основі результатів діагностики і переслідує такі завдання:

1. Підвищення рівня психічного здоров'я батьків, які перебувають у стані хронічного стресу.
2. Оптимізація системи внутрішньосімейних відносин з метою підвищення ступеня їх позитивних впливів на розвиток дитини.
3. Розширення інформованості батьків про можливості дитини, його перспективи в соціальному і медичному аспектах, про способи і методи його лікування і виховання.
4. Навчання батьків навичкам догляду за дитиною.
5. Ознайомлення батьків з закономірностями психічного розвитку, психологічними особливостями дітей.
6. Навчання батьків прийомам організації ігрової та навчальної діяльності дітей, сприяє психічному розвитку, ознайомлення батьків з психокоррекційними і

психотерапевтичними прийомами, які доцільно використовувати в процесі виховання і розвитку дітей.

Проведення індивідуальної та групової роботи спрямовано на допомогу сім'ї у вирішенні проблем і корекції емоційного стану батьків. Різна стійкістю до труднощів, особливо до таких, які відчуває сім'я дитини-інваліда, пояснюється вченими по-різному. Вважається, що успішному протидії порушенням життєдіяльності сім'ї сприяє вміння сім'ї вирішувати проблеми. Мається на увазі впізнання проблеми, висунання версії рішення, вибір найбільш вдалого з них, що в цілому становить "механізм вирішення проблем".

Наукові дослідження і практичний досвід показали, що розвиток здатності сім'ї до вирішення проблем підвищує стресостійкість сім'ї. При цьому відзначено, що вирішення проблем визначається не тільки інтелектуальним прийняттям, але і необхідністю певних дій: самообмеження, розподіл обов'язків по будинку, поліпшення взаєморозуміння і т. д.

Допомагають справлятися з труднощами певні здібності сім'ї, які полегшують пристосування до несприятливих умов: гнучкість взаємин, середня ступінь чіткості у формулюванні рольових очікувань, згуртованість сім'ї, відкритість у сприйнятті навколишнього світу, тобто відсутність тенденції ігнорувати якусь частину інформації про світ.

Велику роль у нормалізації стану як хворого, так і членів його сім'ї відіграє проведення роботи щодо встановлення прийнятних, посильних для нього вимог у повсякденному житті. Такі вимоги багато в чому залежать від розуміння членами сім'ї його психологічних особливостей, а також глибини і точності уявлень родичів про вплив хвороби на стан і поведінку хворого. Низька згуртованість і розбіжності членів родини з питань взаємодії і виконання встановлених правил призводять не тільки до погіршення атмосфери в сім'ї, але і до частішого рецидивів захворювання.

Існують різні рекомендації щодо встановлення вимог до поведінки хворого. Наприклад, на думку багатьох авторів, найбільш ефективний підхід - спокійна розмова з хворим і пояснення йому правил поведінки в сім'ї. Інший підхід пропонує, навпаки, виявити твердість (однак без роздратування або погроз) по відношенню до неприпустимого поведінки. Ще один прийом, успішно застосовуваний деякими сім'ями, для того щоб впоратися з дивним та ненормальним поведінкою хворого, - конфронтація. Кожна сім'я, пристосовуючись до захворювання, з часом виробляє свою тактику поведінки, свої правила і вимоги до хворого. Фахівець із соціальної роботи повинен обговорити адекватність цих вимог та виконання правил для хворого.

Велику увагу до психосоціальної роботи з сім'єю інваліда приділяється скороченню стресових подій у житті хворого.

Позначений коло питань взаємодії членів сім'ї з інвалідом дозволив виділити наступні напрямки роботи з сім'єю:

- інформаційна допомога;
- розвиток у членів сім'ї навичок ефективної опіки, комунікації;
- соціальна підтримка;
- комплексна допомога.

Інформаційна допомога ставить своєю метою задоволення потреби членів сім'ї в інформації та здійснюється у вигляді інтерактивних семінарів та лекторіїв. На подібних програмах членам сім'ї надається інформація про хворобу дитини, про необхідні заходи по поліпшенню взаєморозуміння в сім'ї через визнання переживань кожного з її членів.

Найбільш відомі моделі допомоги в цьому напрямку - модель, в якій освітня програма для родичів тісно пов'язана з медикаментозним лікуванням хворого. Мета таких програм - дати необхідні знання про хвороби з точки зору медицини, підвищити впевненість членів сім'ї в своїй спроможності впоратися з виниклими проблемами, забезпечити найбільш сприятливі взаємини з хворим. Основними

темами занять є: етіологія, симптоматика, медикаментозне та психотерапевтичне лікування та реабілітація хворого.

В різних освітніх програмах можуть розглядатися більш докладно комунікаційні аспекти в сім'ї з хворою людиною. В даному випадку можна говорити про застосування підходу, спрямованого на розвиток у членів сім'ї навичок ефективної опіки. Програми даного підходу орієнтують сім'ю на навчання певним навичкам, умінням і придбання в кінцевому рахунку майстерності в діяльності опіки хворої людини. Найбільш відома в цьому напрямку програма роботи з сім'ями психотичних хворих, підготовлена в США (Mental Health Clinical Research Center for the Study of Schizophrenia). Автори створили поведінкову програму сімейного регулювання, у центрі уваги якої перебувають освітні моменти, навчання комунікативним навичкам і вирішення виникаючих проблем¹. Основним засобом таких програм є розвиток навичок спілкування.

Соціальна підтримка не ставить перед собою завдання чогось навчити членів родини хворого. Головний напрямок тут - підтримка, розуміння і співчуття з боку інших людей, можливість поділитися своїми переживаннями. Основну роль відіграють групи взаємодопомоги родичів. Даний напрямок на відміну від двох попередніх, розроблених професіоналами (лікарями, психологами, соціальними працівниками), був запропонований і використаний самими родичами інваліда. У ньому була розроблена модель розвитку здатності сім'ї та пацієнта боротися зі стресами, що виникають при опіці психічно хворого, не ставлячи інформативних і педагогічних завдань.

Комплексна допомога об'єднує інформування, навчання та емоційну підтримку, визнаючи ефективність кожного.

Всі перераховані вище напрямки сконцентровані на тому, як допомогти хворому, як за допомогою знань і навичок члени сім'ї можуть полегшити своє життя і допомогти в лікуванні близькій.

Наукові дослідження в цьому напрямку розглядають різні сторони складних процесів спілкування, взаємодії батьків з дитиною-інвалідом, сприйняття його близькими людьми, враховуючи, що батьки таких дітей перебувають під впливом хронічного стресу, тривалої травмуючої ситуації. Результати таких досліджень показують, що форми роботи з сім'ями, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку, існуючі в рамках традиційного підходу, не є оптимальними, так як не враховують потреби родичів інваліда у психологічному супроводі, обліку їх емоційних і особистісних проблем. Актуальна проблема реорганізації допомоги сім'ї даної категорії.

Необхідно в першу чергу надати соціально-психологічну допомогу родичам вже при народженні хворої дитини, оскільки сім'я є первинним середовищем розвитку дитини, а її члени формують цю середу, є виконавцями значної частини реабілітаційних заходів. По мірі росту і розвитку дитини-інваліда в сім'ї виникають нові стресові ситуації, нові проблеми, до вирішення яких батьки виявляються абсолютно не підготовлені. Виховання дитини-інваліда є тривалим патогенно впливає чинником на особистість у цілому, сприяючи формуванню особистісної мінливості в конституціонально-континуальному просторі від психологічної норми-акцентуації до аномальної особистісної мінливості. Тому виникає реальна необхідність надання психологічної підтримки всім членам родини, яка повинна мати системний характер.

Створення моделі комплексної психологічної допомоги сім'ї, яка виховує дитину з вадами в розвитку, дозволяє індивідуалізувати підхід до кожної дитини, знижує фрустраційне навантаження у членів сім'ї і підвищує її реабілітаційні можливості.

Прикладом такої роботи є модель системи психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку, розроблена та апробована на практиці. Дана модель представлена складною структурою, що включає взаємопов'язані

напрями: діагностику, консультування, психокорекцію. У психокоррекційному напрямку автори виділяють індивідуальну і групову роботу.

Індивідуальна робота з родичами спрямована на вивчення біографії сім'ї дитини з відхиленнями у розвитку, життєвого шляху його батьків, особливостей їх особистості, історії захворювання дитини, відносин з родичами і знайомими. Довірчі відносини, прояв співчуття до проблем батьків дозволяють психологу побачити і визначити ті проблеми, які їх хвилюють. В процесі роботи аналізуються дисгармонійні характеристики в структурі особистості батьків, які ускладнюють їм переосмислення власної ситуації, пов'язаної зі станом дитини, набуття нової світоглядної позиції. Поступово розкриваються особливості виникнення невротичних симптомів, а також пато характерологічні особливості особистості батьків.

Подібна робота вимагає від родичів змін взаємин з хворим, звичного стилю поведінки і разом з тим серйозної, глибокої роботи над собою.

Групова терапія, тренінги навичок є однією з найбільш поширених форм роботи з родичами інваліда. Склад групи може мати обмеження за статтю, типом порушень, кількістю учасників. Група може призначатися для батьків, тільки що дізналися про діагноз, і для батьків дорослих дітей, а також для допомоги братам, сестрам та іншим членам сім'ї. Її керівником може бути як фахівець, так і батько - член групи.

В процесі групової роботи учасники мають можливість поділитися своїми почуттями з такими ж родичами хворого без страху осуду і нерозуміння. Це пом'якшує почуття самотності та ізоляції, надає впевненість у власних силах. У цьому зв'язку будь-яка група не тільки надає необхідну родичам інформацію, але і має терапевтичний ефект. Тренінги для родичів демонструють рольові моделі і дають можливість у вправах попрацювати над проблемами в сімейних відносинах, розкривають внутрішні конфлікти учасників. На зустрічах у групі батьки

отримують можливість обговорити різні проблемні ситуації виховання, навчання дітей і дізнатися про способи інших батьків вирішувати їх.

Цілями групи можуть бути: психоосвіта; терапія; навчання різним необхідним при догляді і спілкуванні з хворим навичкам.

В якості найбільш продуктивною і об'єктивно реконструюючої самосвідомість батьків форми роботи виступає групова дискусія. Матеріалом для дискусій стають спеціально відібрані психологом теми, особливо значущі для даної категорії осіб. Фахівці-практики виділяють в цьому напрямку теми, що висвітлюють:

- внутрішні психологічні проблеми родичів інвалідів;
- проблеми, що виникають при взаємодії батьків з хворою дитиною в мікро - і макросоціумах;
- проблеми, що виникають у взаєминах подружжя, членів сім'ї, в якій виховується дитина з відхиленнями у розвитку, та ін;
- розуміння в сім'ї стану хворого, оцінка його можливостей, динаміка відносин в сім'ї та сім'ї з поза сімейним оточенням у зв'язку з захворюванням її члена.

У навчальних програмах батьки можуть отримувати інформацію про права, необхідних послугах при конкретному захворюванні.

Цілі та зміст занять групи повинні ґрунтуватися на ретельному вивченні потреб батьків. Існують описи практичної роботи з родичами, де фахівці відзначають, що на початку роботи, як правило, вони схильні бачити безліч недоліків у хворих членів сім'ї. В процесі роботи учасники опиняються в стані побачити різні сторони спілкування з хворим: свою недовірливість до нього, схильність до гіперопіку, утруднює розвиток інваліда. Учасники групи стають більш відкритими, здатними говорити про свої труднощі, що виникли у зв'язку з хворобою члена сім'ї.

Часто теми, які на перший погляд стосуються виховання і взаємин, розкривають різні почуття, випробовувані родичами: почуття провини і пошуки причини захворювання в своїй поведінці і поведінці близьких, біль і особисті переживання.

Використання ведучим групи прийомів і технік групової роботи сприяє тому, щоб ці почуття учасники могли висловити і пережити разом.

Питання для самоперевірки:

1. Життєві стратегії сім'ї інваліда
2. Форми роботи з сім'єю інваліда
3. Сиблінги дитини-інваліда

Література:

1. Адаптаційний потенціал особистості: медико-соціальний вимір : монографія / Н.Є. Завацька, П.С. Білецький, І.В. Ващенко, Ю.А. Завацький, О.В. Кованда, Л.В. Спицька, М.В. Тоба, Р.П. Шевченко / За заг. ред. проф. Н.Є. Завацької, проф. Р.П. Шевченко. – К. : ПВТП «LAT&K», 2019. – 239 с.
- 2.Белинская Е. П., Тихомандрицкая О. А. Социальная психология личности. М.: Аспект-Пресс, 2001.
3. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. М., 1988.
3. Бирхофф Ганс У. Просоциальное поведение // Перспективы социальной психологии. М.: Эксмо, 2001. С. 398-417.
4. Блох.И. История проституции. СПб.- Издательство :АстПресс-1994.
5. Особистісно-професійна адаптація фахівців соціономічного профілю у проблемогенному соціумі : монографія / Жигаренко І.Є., Блискун О.О., Цимбал С.В., Ковальчук А.А., Завацька Н.Є., Завацький В.Ю., Завацький Ю.А., Спицька Л.В., Тоба М.В., Федорова О.В., Горобець А.І. / За ред. Н.Є. Завацької, І.Є. Жигаренка. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. – 218 с.

Тема 2. Основи профілактики насильства в сім'ї

2.1. Теоретичні основи сімейного насильства

У сучасному суспільстві досі не існує єдиного визначення поняття "насильство". При описі цієї проблеми часто використовують такі терміни, як зловживання, примус, синдром небезпечного поводження з дітьми, синдром битої жінки, експлуатація, управління, маніпулювання і т.д. Насильство - це застосування

силових методів або психологічного тиску за допомогою погроз, свідомо спрямованих на слабких або тих, хто не може чинити опір.

Кожна людина, незалежно від статі і віку, може піддатися насильству, опинитися слабкіше фізично або морально або бути залежним від проявляючої насильство. Проте відносно дітей ця проблема стоїть найбільш гостро. Їхнє життя дійсно залежить від батьків, вихователів і вчителів, які володіють необмеженою владою над дитиною тривалий період життя. Жорстоке поводження з дітьми в сім'ї, шкільне насильство викликають необхідність надання комплексної кваліфікованої допомоги з боку фахівців з соціальної роботи, психологів, лікарів різного профілю та правоохоронних органів.

Тема насильства проти дітей в сім'ї виникла в ХІХ столітті в ході процесу індустріалізації, коли сім'я втратила функцію захисту дитини і сама стала експлуатувати його, відправляючи на роботу, позбавляючи освіти, нормальних умов розвитку та перспектив на майбутнє. У той час старші діти (у кращому випадку) були просто приречені на добування засобів існування для батьків, молодших братів і сестер. У відповідь реакцією передової громадськості на насильство над дітьми було створення різних союзів і товариств: в 1871 р в Нью-Йорку - "Товариство попередження жорстокого поводження з дітьми"; в 1898 р в Німеччині - "Союз захисту дітей від використання та жорстокого поводження", який пізніше був перетворений в "Німецький союз захисту дітей"; в 1899 р в Британії під патронажем королеви Вікторії - "Національне товариство попередження жорстокого поводження з дітьми".

Починаючи з другої половини ХХ ст. з'являються нові підходи до вивчення даного явища. Так, в 1961 р Х. Кемпе (Henry Kempe) запропонував свою концепцію "синдрому битих дітей", де описав педіатричні, психіатричні та правові аспекти насильства над дітьми. Подальший розвиток ця концепція отримала в роботах Ж. Гарберіно (James Garberino, концепція "синдрому дітей, битих в психологічному сенсі") і дослідженнях Є. триби-Бекер (Elisabeth Trube-Becker). Важливим у цих

дослідженнях є звернення до теми психологічного насильства над дітьми в сім'ї та його наслідків для подальшої долі дитини.

Жорстоке поводження з дітьми - це фактичне заподіяння їм шкоди через образи, несправедливе покарання, побої, надмірні вимоги або заборони чого-небудь з "любові до дитини". Воно включає в себе: фізично жорстоке поводження, вбивство, шкода внаслідок ненадання допомоги, дефіцит необхідного захисту і турботи, шкоди психіці, зневага.

Прийнято виділяти чотири види жорстокого поводження: фізичне насильство, сексуальне насильство, нехтування потребами дитини, психологічне насильство.

Фізичне насильство - жорстокість та інші цілеспрямовані антигуманні дії, які заподіюють біль дитині і перешкоджають його розвитку (спричинення фізичного болю: побої, укуси, припікання, навмисне удушення або утоплення дитини, а також ситуації, коли дитині дають отрути і неадекватні ліки). Жорстокість і інтенсивність насильницької поведінки оцінюється в залежності від віку та чутливості дитини, а також від відносин між дорослим і дитиною.

Клінічний приклад

Лейла Щ. (краще, щоб її називали Лялею) 14 років - в даний час проживає в стаціонарному відділенні соціально-реабілітаційного центру для неповнолітніх але причину відміни опіки названої матері (72 роки), на підставі рішення органів опіки та піклування, оскільки вона не справлялася з вихованням дівчинки.

Ляля перебуває на обліку в міліції, змінила за 7 років 7 шкіл але причини неуспішності, крадіжки і порушення дисципліни (бійки, скандали з вчителями, "розборки" з однокласниками). З 5-го класу почала приймати алкоголь, курити. Пробувала "токсикоманія", але зупинилася. Відзначаються три спроби до суїциду. До наркотиків ставиться негативно.

Ляля народилася поза шлюбом від першої вагітності першого термінових пологів через кесарів розтин. Олена (мати Лейли) з хлопчиком Володимиром були

взяті з дитячого будинку у віці трьох і п'яти років і усиновлені самотньою жінкою "К" сорокарічного віку з вищою освітою, яка працювала інженером в одному з московських НДІ космічної промисловості.

Обидві дитини погано вчилися, в ранньому підлітковому віці почали прогулювати шкільні заняття, курити і приймати алкоголь, а приблизно з 16-17 років - наркотики. Олена народила трьох дівчаток-погодок від різних батьків (Лейла - старша з них), а також ще одну дівчинку, яка померла у віці двох місяців через численні вроджених захворювань і патології (в період активної наркоманії матері). Олена не дбала про своїх дочок, що не виховувала їх, а приносила їх додому і залишала на дол пій термін своєї прийомної матері, яка доглядала, годувала і містила їх завжди (і по теперішній час). У цей час Олена не працювала, жила разом з різними чоловіками, брала алкоголь і наркотики, крада, а також приходила до матері і вимагала у неї грошей, навіть відбирала їх силою, незважаючи на те що основні грошові суми сім'ї йшли на її трьох дітей. В даний час Володимир регулярно знаходиться замість позбавлення волі, а Олена померла в 2010 р наслідків СНІДу, туберкульозу та наркоманії.

Ляля охоче йде на контакт, якщо бачить зацікавленість у своїй долі. Відверто і емоційно розповідає подробиці свого життя. При цьому не виникає відчуття глибини прочувствования цієї інформації самої дівчинкою. Її сприйняття подій відрізняється ог анамнезу.

Вважає, що на неї дуже сильно вплинули наступні події:

1. "Як мати йшла з дому" і не тільки не пестила дівчинку, а відштовхувала її ог себе, навіть біла, коли тій було ще близько 2 ліг; дуже хотілося материнської любові і турботи.
2. "Як мама силою відбирала гроші у своєї прийомної матері" і Ляля заступалася за бабусю (з дитинства стала називати її теж мамою).
3. "Як мама додому принесла малятко". Коли біологічна мати народила четверту дівчинку і привезла її додому, Лялі було років 8-9 (вона точно не пам'ятає - забуває

багато, про що важко пам'ятати - витіснення - наприклад, як назвали дитину). Ляля розповідає, що грала з нею, купала, вкладала спати і їй здавалося, що це було довгий період (насправді приблизно 1-1,5 місяці). Ляля дуже прив'язалася до малятку (чого не можна сказати про двох її сестер) і, коли дівчинка кудись пропала, дуже занепокоїлася і запитала у матері, де вона? На що мати зі сміхом їй відповіла, що та померла. У Лялі трапився тоді перший нервовий зрив (вона і зараз не може говорити про це спокійно - судомний плач), в основному через те, що мати ТАК розповіла про це і що зовсім не пошкодувала малятку ...

Після цього випадку Ляля спробувала вперше алкоголь, стала кричати на матір і практично взагалі перестала вважати її матір'ю, деякий час не відвідувала школу, тоді ж почалися проблеми з успішністю і поведінкою.

Сексуальне насильство - використання дітей для задоволення сексуальних потреб дорослих. Застосування погроз, сили, хитрості для залучення дитини в сексуальну діяльність. Використання дітей для виготовлення порнографічної продукції, а також демонстрація ним порнографічної продукції. Залучення дітей до заняття проституцією. При цьому насильник зловживає довірою дитини і використовує свої владні можливості. Найбільш часті форми сексуальних зловживань: словесні докучання; "сексуальні дотики"; оральні, вагінальні та анальні згвалтування. Дитина не завжди усвідомлює значення зловживання (і йому не обов'язково буде завдано фізичну шкоду), тому він може бездумно погодитися на пропонувані йому дії.

Велике значення має можливість дитини усвідомити подію. У цьому зв'язку варто виділити випадки насильства над розумово відсталими дітьми.

Клінічний приклад

Діма Н. (14 ліг) надійшов у притулок з міліції. Підліток навчався в школі для розумово відсталих дітей і жив у повній сім'ї. Мати паралізувало багато ліг назад, і батько доглядав за дружиною і виховував Діму. Коли дитині було 10 ліг, батько оголосив йому, що мама не може виконувати своїх обов'язків і тепер Діма буде її

замінювати. З тих пір батько постійно вступав з ним у статевий зв'язок. Він був ласкавий і турботливий. Купував дитині подарунки і ніколи не карав. У Діми з'явився друг в школі, з яким він поділився своїми відносинами з батьком, друг расказав вчительці, а вона повідомила в міліцію.

При первинній бесіді в притулку з психологом і педагогом підліток був товариський, розповідав в подробицях про своє життя в сім'ї. Отця описував як люблячого, доброго, непитушого. Казав, що дуже любить матір. Доглядає за нею разом з батьком. Так як мама давно прикута до ліжка, Діма навчився годувати і мити її, прибирати за нею. У школу ходити виходить не завжди, та й не сильно хочеться. У відносинах з батьком не бачить нічого поганого. Йому шкода і маму, і батька. Складалося враження благополучних сімейних відносин, якщо не брати до уваги насильства, якому постійно піддавався дитина.

Надалі проведена діагностика виявила у підлітка високий рівень тривожності, наявність страхів (страх смерті батьків, страх покарання, нападу бандитів, пожежі, війни, крові, самотності), почуття отвергнутости і відчуження.

Поведінка підлітка відрізнялося вибірковістю в контактах, скритністю, підозрілістю, настороженістю.

Нехтування потребами дитини - не задовольняються життєві потреби дитини в житлі, їжі, одязі, лікуванні, залишення дітей без нагляду. Нехтування - це відсутність таких необхідних компонентів нормального розвитку дитини, як відхід, зміст (харчування, забезпечення одягом і т. Д.), Турбота про здоров'я, захист, контроль і вимогливість батьків або опікунів. Поняття "здоров'я дитини" слід розглядати в даному контексті дуже широко: це і фізичний розвиток у відповідності з віком, і душевне здоров'я, і соціальна зрілість. Важливо звернути увагу на ту обставину, що відсутність вимогливості та контролю з боку батьків оцінюється не тільки як зневагу, але і як жорстоке поводження.

Клінічний приклад

Вероніка М., 8 років, потрапила в притулок але направленням органів опіки та піклування. Батько помер, коли дівчинці було 3 роки. Вона живе з мамою і вітчимом. Мама, як розповіла Вероніка, завжди п'яна. П'є разом з вітчимом. Одну кімнату в квартирі батьки здають, на ці гроші сім'я і живе. Дівчинка сама готувала їжу, як могла прала собі одяг. У опіку звернулася сусідка по квартирі після того, як п'яний вітчим на очах у сусідів мало не викинув Вероніку з балкона 5-го поверху. Кілька хвилин він тримав дитину за ноги вниз головою, а на наступний день нічого не пам'ятав про це. Вероніка, перебуваючи в притулку, просить відправити її в дитячий будинок, додому повертатися не хоче.

Психологічне насильство - дитина відчуває постійний брак уваги і любові, погрози і глузування, що призводить до втрати почуття власної гідності і впевненості в собі. До нього пред'являються надмірні вимоги, не відповідають її віку, які дитина не в змозі виконати. Психологічне насильство, або емоційно жорстоке поводження, - поведінку, що викликає у дітей страх; занижені або завищені вимоги, що свідчать про невизнання дитини батьками і перешкоджають побудові їм уявлень про власну цінність. Сюди ж відносяться: душевна жорсткість; психологічний тиск у принизливих формах (приниження, образа), а також деякі заборони чого-небудь, нібито виправдані любов'ю; гіперопіка і надмірна турбота, які можуть викликати почуття безпорадності, марності і абсолютної залежності дитини від батьків. Примус "з любові" і неухвага до дитячих потреб також є насильством. Насильство над душею ставиться до такої форми насильства, яку важко дізнатися і сприйняти. Воно робить дитину невпевненою, змушує триматися особняком, вганяє в депресію і печаль або ж робить агресивним і здатним до відповідного насильству (можливо, не зараз, а через деякий час, можливо, - через роки). Якщо дитина у прямому чи переносному сенсі "залишається один", якщо до нього довгий час не проявляється увагу і ніжність, у нього з'являється пов'язана з цим емоційна незахищеність, а це і є насильство над душею дитини. Сигналами такого насильства є: боязкість,

заляканість, покірність, апатія, депресія, пасивність, відставання дорослішання, тривожність, безпорадність, некомунікабельність.

Психіатр ЕМ. Вроно наводить приклади зі своєї практики роботи з дітьми, яких "виховували" батьки:

1. Восьмирічний хлопчисько, який намагався повіситися на власних колготках, але вчасно був з петлі виймуть, розповідав мені, що зважився померти, бо не було ніякої іншої можливості переконати батьків не відправляти його в дитячий будинок. Батьки, втім, робити цього не збиралися: вони його таким чином "виховували" - дуже вже багато на нього скаржилися в школі, та й двійки отримував.

"Розумієте, - говорить хлопчик, - інакше на них подіяти було неможливо. Я вже й прощення просив, і ревів, і лаявся, і скандалив - не чують, і все. У дитячий будинок, кажуть, здамо - будеш знати". - "І ти вирішив померти? А що це таке, по-твоєму, - померти? Що йогом буде?" - "Ну, якщо я помру, мама тоді вже точно зрозуміє, що в дитячий будинок мене здавати не можна, і все буде добре". - "Коли?" - "Коли смерть скінчиться".

За щастя, його з петлі вийняти встигли - вмирати він збирався не назавжди, але вузол з колготок затягнув справжній ...

2. П'ятнадцятирічна дівчинка після опіку стравоходу (вона випила пляшку ацетону під час скандалу з матір'ю) сказала мені: "Я була готова на все, лише б змусити її замовкнути, я навіть вимовити вам не можу, як вона мене обзивала". Дівчинка не збиралася вмирати. А роки поневірянь але хірургічним відділенням, важкі операції і замордовані на все життя здоров'я - це ціна невміння і небажання матері тримати себе в руках, коли їй здалося, що донька занадто яскраво нафарбувалася ...

Характерні особливості самопочуття і сприйняття себе дитиною при психологічному насильстві барвисто описані в автобіографічному романі Павла Санаєва "Поховайте мене за плінтусом": "Аналізів, досліджень та консультацій проводилося безліч. У мене брали кров з вени і з пальця, робили проби на алергію і

знімали кардіограми , дивилися ультразвуком нирки і веліли дихати в хитромудрий апарат. Всі результати бабуся показувала професорам ... В інституті педіатрії мені заодно виміряли внутрішньочерепний тиск, знайшли його підвищеним, і це підтвердило діагноз "ідіот", давно поставлений бабусяю ... Чому я ідіот, я знав вже тоді. У мене в мозку сидів золотистий стафілокок. Він їв мій мозок і паскудив туди. Знали це і ліфтерша. Вони знали від бабусі. Ось, наприклад, шукає вона мене з гомеопатією, запитує у ліфтерша:

- Ви мого ідіота не бачили?
- Ну чому ідіота ... на вигляд він досить тямущий.
- Це тільки на вигляд! Йому стафілокок давно вже весь мозок виїв.
- А що це таке, вибачте?
- Мікроб такий страшний.
- Бідний хлопчик! А це лікується?
- У нормальних людей так. А йому не можна ні антибіотиків ні сульфанілмідів.
- Але за останній час він начебто виріс ...
- Виріс виріс, але коли я його у ванній роздягаю, мені робиться погано - одні кістки.
- І ще до всього і ідіот?
- Повний! - З упевненістю вигукує бабуся ... "

Діти, котрі піддаються психологічному насильству, відчувають себе непотрібними, поганими, дурними, часто мають низьку самооцінку, переживають відчуття власної неспроможності. Психологічне насильство часто виступає в поєднанні з іншими видами насильства.

Представники різних теоретичних орієнтації вказують на патогенний вплив фізичного та психологічного насильства, у тому числі сексуальних домагань, тілесних покарань, неадекватних батьківських установок і маніпуляторства, на особистість і психіку дитини.

2.2. Діагностика насильства в сім'ї

В даний час більшість дослідників сходяться в тому, що результатами пережитого в дитинстві насильства є порушення R-концепції, почуття провини, депресія, труднощі в міжособистісних відносинах і сексуальні дисфункції.

Особливу увагу в даний час приділяється феномену порушення фізичних і емоційних кордонів як наслідку насильства, пережитого в дитинстві, в результаті якого травматичний досвід надалі відтворюється протягом життя. Вторгнення тягне за собою порушення відносин з власним тілом, яке включає не тільки зміну позитивного ставлення до нього, а й спотворення тілесної експресії, стилю рухів. І все ж головним наслідком дитячої травми сучасні дослідники вважають втрату базового довіри до себе і світу, що перешкоджає формуванню психотерапевтичного альянсу і, таким чином, утруднює терапевтичну роботу з цією групою клієнтів.

До сьогоднішнього дня однією з основних дискусійних і далеких від вирішення проблем у цій галузі залишається проблема маркерів травматизації, або діагностика наявності фактів насильства в анамнезі.

Дійсно, в літературі існують вказівки на те, що деякі жертви частково або повністю забувають травмуючу подію. Особливо імовірно, що це відбудеться, якщо факт насильства стався в довербальному періоді життя дитини і відносився до категорії раннього досвіду, про який "неможливо розповісти словами". У цьому випадку травма, будучи "пережитою" і знаходячи вираження (і в цьому сенсі висловлювання) в різних симптомах, не є "знаним", усвідомленими подією.

Таким чином, матеріал, що стосується насильства, пережитого в дитинстві, може бути з тієї чи іншої причини недоступний терапевта, причому на це вказують і послідовники психодинамічної школи, і фахівці в галузі екзистенціальної терапії, і когнітивісти. Які ж загальні ознаки насильства над дітьми?

Загальні ознаки насильства над дітьми:

- Невміння зосередитися;
- Проблеми з пам'яттю;

- Низька самооцінка, відсутність самоповаги, ненависть до себе;
- Недовіра до дорослих;
- поганий настрій;
- Незрозумілі напади гніву, агресія;
- Постійно відчують почуття сорому, страху, збентеження, провини;
- Депресія;
- Нездатність відчувати задоволення від чого-небудь;
- Самотність, відчуженість і ін.

Основний фактор, який підвищує ризик виникнення насильства - це закритість мікросоціальної середовища, в якому перебуває дитина. Саме за цією ознакою виділяються три сфери, в яких дитина може бути підданий насильству:

- 1) внутрішньосімейне насильство;
- 2) насильство в навчально-виховних закладах з різним ступенем закритості (дитячі будинки, кадетські корпуси, елітарні школи та ін.), Включаючи виховно-виправні установи системи Федеральної служби виконання покарань;
- 3) насильство з використанням психолого-педагогічних технологій (дитячі гуртки, секції, скаутські та піонерські організації та ін.).

Найбільш драматичною формою насильства над дитиною є внутрішньосімейне насильство. Дитина знаходиться в замкнутому просторі, немає ніяких ресурсів і можливостей змінити ситуацію, яка неминуче і безповоротно калічить психіку дитини і позбавляє його можливості стати повноцінною особистістю надалі.

Діагностика і виявлення фізичного насильства

Виявити фізичне насильство відносно дитини досить складно. Діти зазвичай бояться розповісти про це стороннім людям, так як це може посилити і без того важке становище дитини в сім'ї. У цьому зв'язку особливо важливим є знання фахівцями з соціальної роботи певних діагностичних ознак, виділених фахівцями і дозволяють припустити наявність фізичного насильства.

У сім'ях, де практикується фізичне покарання, батьки не завжди свідомо знущаються над дитиною. Більше того, подібні покарання часто не сприймаються самими батьками як фізичне насильство, а носять, на їхню думку, виховний характер, прагнення зробити з дитини "людини". У подібних сім'ях часто дитину не тільки б'ють, але і проявляють любов. Відповідно, дитина сприймає побої як власну "поганість" і часто виправдовує дії батьків, соромиться розповісти про інцидент кому-небудь.

Особливо важко діагностувати фізичне насильство, якщо немає очевидних травм. Проте фахівці виділяють діагностичні ознаки, що дозволяють в процесі бесіди виявити наявність фізичного насильства над дітьми. До них належать особливості поведінки батьків при бесіді з фахівцем, специфічне опис батьками причин фізичних травм дитини. Як правило, історія, розказана батьками, несумісна з фізичними травмами дитини, в ній є протиріччя; батьки переносять відповідальність за травму на інших осіб, пояснюють, що дитина сама винен у отриманні пошкодження. Навіть за наявності виразних слідів побоїв такі батьки можуть заперечувати факти насильницьких дій, пояснюють розповідь дитини корисливими цілями, звинувачують його у брехні.

Крім цього важливими моментами при зборі інформації є: незрозуміла відстрочка в обігу батька та дитини за допомогою в медичний заклад; отримання повторних підозрілих травм; багаторазове приміщення дитини в різні установи для лікування травм. Як правило, в процесі діагностичної бесіди батько демонструє нереалістичні і передчасні очікування по відношенню до дитини.

При встановленні довірчих відносин з батьками фахівець часто дізнається про те, що самі батьки виховувалися в несприятливій обстановці (в дитячому будинку, жорстоко каралися і т.д.).

Існують також особливості емоційних реакцій дітей, за якими можна запідозрити фізичне насильство: тривожність; боязнь зустрічатися з батьками;

побоювання дитини щодо надійності захисників, які після бесіди з батьками можуть стати на їхній бік, розуміючи, що покарання і побої дитина дійсно заслужив. У цьому зв'язку при проведенні діагностичної бесіди слід звернути увагу на ігрову діяльність дитини (спонтанну або сплановану фахівцем), залежно від віку запропонувати дитині виконати проектні методики (рисункові тести).

Зустрічаються випадки, коли діти "придумують" ситуації фізичної розправи над ними. Причини цього можуть бути різні: підвищена потреба в увазі, співчутті, конфлікти в родині або з однолітками, схильність до фантазування. Поведінка і емоційні реакції дітей у цьому випадку не відповідає розповідям. Як правило, описуючи жорстоке поводження, побої, дитина не відчуває страху перед батьками, захоплюється розповіддю і отримує задоволення від уваги до себе. Проте такі скарги можна залишати без уваги. У кожному разі подібна поведінка свідчить про неблагополучний стан дитини.

У дитячих установах (сиротинцях, дитячих будинках) можна виділити дітей, які піддаються фізичному насильству. Ці діти можуть здригатися від несподіваного руху руки вчителів чи вихователів, бояться повертатися додому, реагують сльозами на будь-яку невдачу в навчанні, схильні до бійок у вирішенні конфліктів.

Емоційні реакції дітей обумовлені безліччю факторів, тому всі перераховані вище ознаки не можуть розглядатися окремо від контексту ситуації і служити основою для висновків щодо існування жорстокого поводження з дитиною.

Маркери фізичного насильства:

- Синці, укуси, опіки, рубці "невипадкового" походження;
- Сліди задухи;
- Не мають чіткого пояснення з боку батьків пошкодження, включаючи переломи;
- низька самооцінка;
- Боязнь йти додому;

- Носіння одягу, що приховує синці;
- Звинувачення себе в провокуванні насильника;
- Дитина наляканий, сердитий або сумний;
- Вважає удари і побиття заведеним в сім'ї порядком;
- Хвилювання і страх при гучних, порушених голосах дорослих та ін.

2.3. Діагностика сексуального насильства

Виділення і фіксація специфічних ознак мав місце сексуального насильства над дитиною набуває великого значення для розпізнавання факту насильства з метою надання своєчасної допомоги жертві. Існує багато причин, за якими дитина не може прямо сказати про те, що трапилося насильстві. У цьому випадку підозри, що виникають у матері або працюють з дитиною фахівців, підтверджуються рядом ознак.

Наслідки перенесеного насильства для кожної дитини, безумовно, будуть визначатися його індивідуальними особливостями. Разом з тим слід відзначити деякі загальні порушення. Крім тривоги, нічних кошмарів, страхів, уникає поведінки у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку це:

- затримка розвитку;
- надмірний контроль за оточенням;
- агресія;
- неадекватне сексуальну поведінку.

У підлітків більш хворобливі і різноманітні реакції на сексуальні зазіхання. Розуміючи сексуальний характер скоєних із нею дій, підлітки часто реагують на насильство глибокими особистісними змінами, зміною стилю життя, спілкування з однолітками і дорослими. Для підлітка ситуація насильства може здаватися непоправною бідою, крахом всього подальшого життя.

Слід зазначити, що деякі діти не проявляють в явному вигляді описаних симптомів відразу після насильства і дають відставлені реакції.

Найважча за своїми наслідками форма сексуального насильства - інцест, коли сексуальне насильство по відношенню до дитини відбувається близьким родичем. У результаті тривалого насильства в цьому випадку альтруїстичні риси особистості (терпимість до людей, співчуття, емпатія) перекиваються або пригнічуються (що призводить до агресивності в поведінці), або надмірно посилюються (викликаючи підпорядкованість і бажання беззавітного служіння одній справі або одній людині).

У більшості випадків дитина намагається повідомити матері про совершающемся насильстві. Проте у відповідь на скарги дочки чи сина в деяких сім'ях мати проявляє або цинічне байдужість, або роздратоване недовіру і гнів. При спробі дитини знайти у матері підтримку вона в одних випадках демонструє зайву обережність у поведінці, в інших - піддає дитини фізичному покаранню "за брехню".

Практично у всіх випадках має місце навмисна недооцінка ситуації, за якою стоїть страх перед зазіхає стороною або рентна установка (небажання втратити фінансового або іншого матеріального джерела при розкритті дійсної картини сексуального насильства над дитиною в сім'ї).

Маркери сексуального насильства:

- Не відповідають віку знання в області сексуальних відносин;
- Синці, свербіж, кров в області статевих органів;
- Труднощі при ходьбі і сидінні;
- Мастурбація;
- Раптові зміни в поведінці дитини;
- Поява соблазняючої манери поведінки;
- Відсутність апетиту або переїдання;
- Розлад сну, нічні кошмари;
- Ненависть до свого тіла;
- Зайва поступливість по відношенню до дорослих;
- Глибока депресія з частими суїцидальними спробами або думками;

- Небажання йти додому, втечі з дому;
- Схильність до правопорушень, прогули в школі;
- Зловживання наркотиками і алкоголем;
- Безладні статеві зв'язки;
- венеричні захворювання;
- Вагітність та ін.

Діагностика зневаги основними потребами дитини

Проблема відсутності або недостатності догляду за дитиною, ігнорування його життєво важливих потреб - найбільш часто зустрічається вид домашнього насильства, яке виражається у відсутності турботи, коли батьки або особи, які їх замінюють, не забезпечують дитини їжею, дахом, одягом, гігієнічними умовами; нехтують потребами в освіті, медичного догляду, що завдає шкоди як психологічному, так і фізичному здоров'ю дитини.

Часто батьки не повною мірою усвідомлюють свою відповідальність і за безпечне поведінку дитини, залишають дітей без нагляду, у тому числі на вулиці, де вони нерідко стають жертвами насильства. Недолік турботи з боку батьків може бути і ненавмисним: він може бути наслідком хвороби, бідності, недосвідченість чи невігластва батьків, наслідком стихійних лих і соціальних потрясінь. Однак у більшості випадків нехтування потребами дитини зустрічається в сім'ях, де батьки схильні до вживання психоактивних речовин, алкоголю.

Починаючи роботу, фахівець з соціальної роботи повинен особливу увагу звернути на поведінку дитини. При проведенні діагностики можуть простежуватися особливості поведінки: дитина прагне привернути увагу, отримати ласку дорослих. Впадає в очі постійний голод і (або) спрага, прагнення застатися їжею. Дитина пригнічений, пасивний. Можливі прояви агресивності й імпульсивності. Надалі в процесі спостереження можна відзначити, що діти відрізняються нерозбірливим дружелюбністю, невмінням будувати соціальні взаємини, дружити. Самооцінка у дітей низька.

Маркери зневажливого ставлення до дітей:

- Діти голодні, брудні, неприємно пахнуть;
- Відставання у фізичному розвитку;
- Розлади мови, маленький запас слів;
- Дитина пасивний, наляканий, пригнічений;
- Насилу відповідає на прояв уваги, доброти, похвали;
- Характерні похитування тіла, смоктання пальців, покусання;
- Часто відсутня в школі;
- Носить одяг не по сезону, брудну, обірвану;
- Низька самооцінка ("Я - нехороший. Я нічого не заслуговую і ніколи не буду заслуговувати");
- Відчуття непотрібності й ін.

Діагностика психологічного насильства в сім'ї складна в силу того, що дитина не завжди може рефлексивно визначити акт психологічного насильства і ідентифікувати його як такої. Працюючи з сім'єю, необхідно звертати увагу на особливості поведінки дорослих, що дозволяють запідозрити психологічне насильство:

- Небажання втішити дитину, яка цього потребує;
- образа, лайка, звинувачення або публічне приниження дитини;
- Постійне понад критичне ставлення до нього;
- Негативна характеристика дитини;
- Ототожнення дитини з ненависним або нелюбом родичем;
- Перекладання на нього відповідальності за свої невдачі;
- Відкрите визнання в нелюбові і ненависті до дитини.

У силу того що в даному випадку у дитини відсутні видимі пошкодження, часто виявлення психологічного насильства відбувається лише тоді, коли дитина йде на крайні заходи: йде з дому або вирішується на суїцид.

Маркери психологічного насильства:

- Низька самооцінка, дитина відчуває себе нелюбом, непотрібним, нікчемним;
- Дитина вважає, що батьки принижують, критикують його, погрожують кинути;
- Дитина сумний і засмучений;
- Очікує фізичного насильства;
- Затримка мовного розвитку і сприйняття;
- Невміння мислити логічно, вирішити поставлене завдання, відшукати причину і наслідок;
- Неповага і недовіра до дорослих;
- Агресія у відносинах з однолітками;
- Демонстрація псевдозрелості і псевдонезавісності як захисту;
- Суїцидальні спроби;
- Невіра у щирість наданої йому підтримки;
- Не може внутрішньо відчувати успіх, вважає себе не заслужившим його та ін.

2.6. Консультування як вид психосоціальної допомоги батькам

Для того щоб робота з сім'єю була успішною, важливо, щоб батьки бачили у фахівці людини, яка допомагає родині, а не критикує або відбирає дитини. Враховуючи те, що насильство в сім'ї часто ховається, не визнається, прикривається прагненням "виховувати" дитини, в роботі фахівця з соціальної роботи важливим є мотивація батьків, членів сім'ї, де існує жорстоке поводження з дитиною, до змін і в першу чергу до співпраці зі фахівцями (психологами, педагогами).

Іноді зовнішньою мотивацією до такої співпраці може служити інформування батьків про те, що лише взаємодія з фахівцями дозволить їм повернути дитину додому, так як без зміни взаємин це неможливо. Насамперед це стосується тих батьків, які зловживають алкоголем і яким дитина може бути відданий тільки після проходження ними лікування.

У ситуаціях, коли жорстокість до дитини виявляється невмотивовано, межує зі звірствами, встановлення контакту з батьками не грає важливої ролі. Таку дитину потрібно, безумовно, ізолювати від сім'ї, де його життя в небезпеці.

Однак існує досить багато батьків, які, караючи дитини, щиро вважають, що це найбільш ефективний і швидкий спосіб виховання.

Найчастіше батьки не знають, як впоратися з проблемною поведінкою дитини, і вдаються до покарань, відчуваючи безпорадність і власну неспроможність. Педагогічні бесіди допомагають батькам у подоланні вже сформованих стереотипів реагування. Навчання основам педагогічного впливу на дитину, рекомендації соціального працівника з приводу використання у виховному процесі покарань є однією з форм ефективної допомоги фахівця з соціальної роботи подібним сім'ям.

Разом з тим робота з батьками не може обмежуватися тільки інформуванням про шкоду покарань, так як багато хто з них і самі розуміють, що цим методом не вирішити виникаючих проблем. Покарання, як правило, є лише одним з факторів деформації сімейних відносин, що призводить до появи порушень у дитини в школі, у спілкуванні з однолітками, посилювання вже є у дитини проблем.

Тому важливо при роботі з такими сім'ями знайти причини "поганої поведінки" дитини, з'ясувати, наскільки взаємини інших членів сім'ї впливають на виникнення у нього проблем. Крім цього важливою складовою соціально-педагогічної роботи в цьому напрямку є допомога батькам у відреагували власного негативного дитячого досвіду, вирішенні актуальних сімейних проблем, які часто вирішуються в подібних сім'ях за рахунок дитини.

Матері, відчуваючи почуття провини і жалю до дитини, часто не наважуються говорити з дитиною про перенесений насильстві, вважаючи, що це завдасть йому повторну травму. Деякі батьки намагаються знайти у подію провину дитини (гуляла там, де батьки не дозволяли; всупереч заборонам пізно поверталася додому і т.д.). Батьки часто реагують на подію агресією або на адресу насильника, або на адресу дитини.

Подібні реакції батьків роблять на дітей травматичне вплив, віддаляють їх один від одного, не дозволяють спільно "оплакати" і пережити травму.

При проведенні соціально-педагогічної роботи з батьками рекомендації щодо поведінки з дитиною допомагають полегшити його стан, зменшити ризик вторинної травматизації.

Аліса Міллер у своїх двох книгах: "Драма обдарованої дитини" і "Спочатку було виховання" докладно розглядає механізми передається з покоління в покоління насильства. Ми настійно рекомендуємо соціальним працівникам вивчити ці книги, так як масштаби насильства над дітьми не піддаються осмисленню. І потрібно добре розуміти, що лежить в основі цього насильства, щоб розуміти, як працювати з батьками і чому часто вони не розуміють і не чують рекомендацій фахівців.

Приклад

Анжеліку на прийом до психолога привела мати, інтелігентна жінка з гарними манерами. Основна скарга була на сильні головні болі у дівчинки, які супроводжувалися галюцинаціями. Мати дуже боялася, що це визнаю! шизофренії, якої страждали її племінники від двох рідних братів. Анжеліці було 13 ліг, це була дуже худенька, бліда дівчинка, нервова і дуже емоційна. Вона трималася дуже скромно, старанно відповідала на запитання, після кожної відповіді запитально дивилася на матір. Сказала, що їй нічого не турбує, тільки головні болі. Мати була дуже налякана, тому вона погодилася на роботу з психологом. Поступово з'ясувалася наступна картина їхнього життя: вони жили удвох з дочкою, з чоловіком розлучилися 10 років тому. Батько був присутній в житті дівчинки, і дуже активно. Про нього вона говорила з великою пошаною і любов'ю. Він був великим начальником, мав іншу сім'ю і обов'язково два рази на тиждень відвідував дочку. Мати була юристом, мала велику приватну практику і була на хорошому рахунку. Дівчинка - єдина і в батька, і у матері. Дівчинкою весь час займалися, вона закінчувала музичну школу, її вилили на концерти і в музеї, влітку вона відпочивала на морі. Сама Анжеліка справляла враження дуже слухняної дитини, але з незрозумілими, як розповіла мати, витівками, які час від часу виливалися в те, що

дівчинка могла піти з дому і пропасти на кілька годин. Потім вона не могла пояснити, де була, говорила, що гуляла, але мати їй не вірила, думала, що та зв'язалася з поганою компанією і, можливо, приймає наркотики. Мати просила психолога довідатися, де насправді дівчинка буває.

Час від часу Анжеліка прогулювала школу, і знову-таки ніхто не знав, де вона пропадає, вона говорила, що в Третьяковській галереї.

При роботі з психологом дівчинка дуже намагалася сподобатися, з великою готовністю відповідала на запитання, малювала і все робила дуже правильно. Однак у психолога було відчуття, що Анжеліка не присутній на заняттях, вона була наче в іншому світі. У Анжеліки абсолютно не було контакту з власними почуттями, вона не знала нічого, крім радості, яку активно демонструвала. Улюбленим заняттям її було читання, вона читала "запоєм", з чим мати боролася: ховала книга, забороняла, навантажувала справами і навчанням, але нічого не допомагало. Друзів у Анжеліки не було, вона не гуляла після школи, а йшла додому або зникала в невідомому напрямку.

Мати не приховувала своєї системи виховання, і навіть пишалася сю. Її головним постулатом було, що дитину потрібно привчати з дитинства до злиднів і труднощам, щоб загартувати його характер. Вона хотіла, щоб від дівчинки "як від стінки Грох" відскакували всі образи і несправедливості. Для цього вона планомірно привчала Анжеліку протистояти образам, які мати називала "гіркою правдою". Ця "гірка правда" полягала в тому, що дівчинка повинна була дуже добре розуміти, що вона посути своєї порочна і нікчемна, що у неї немає ніяких талантів і вона всім в цьому житті, абсолютно всім, зобов'язана матері та батька. У неї погані нахили, і тільки невсипуще бдіння батьків (матері) дозволило їй поки ще добре вчитися в школі. Батько вторив матері і ласкаво примовляв, що Анжеліка поки ще не людина, і навіть не стать людини, а так, зародок, тому вона не повинна думати, що знає, що добре, а що погано для неї, вона повинна цілком і повністю підкорятися,

так як батьки бажають їй добра. Будь-який відступ від правил каралося розслідуванням і навіюванням в порочності будь-яких самотійних поривів.

Результат такого виховання був наступним: Анжеліка була дуже не впевнена в собі, вважала себе дурною і непривабливою, болісно боялася зробити взагалі щонебудь самотійно, дуже боялася батька, що він її кине, вважала, що її батьки найкращі в світі, була їм вдячна, жила в ілюзорному світі книг, зовсім орієнтувалася в реальному світі, не вміла контактувати з однолітками (її переслідували і принижували однокласники). На довершення всього вона стала страждати сильними головними болями. Анжеліка знайшла вихід у хворобі, причому такою, якою боялася її мати, вона не могла більше виносити насильство. Це, на щастя, дало результати, мати дійсно злякалася і послабила вузду. Ми не будемо тут розповідати про шляху одужання дівчинки, а коротко опишемо сім'ї матері і батька.

Мати була незаконнонародженою, третьою в сім'ї. У неї було два брати, які завжди зневажали і насміхалися над нею. Її батько (дід) жив на два будинки і мав ще шістьох дітей від офіційної дружини. Мати Анжеліки завжди відчувала свою ущербність, вони жили дуже бідно і всі віддавали першій сім'ї в спокутування. У сім'ї дівчинки вважалися б зайвому і нетямущими. Батько (дід) міг прийти додому, розкласти на столі їжу і не поспішаючи поглинати її, в той час коли голодні діти стояли і дивилися, як він їсть. Він бив їх поруками, якщо вони намагалися стягнути шматочок. Мати під'їдала недоїдки і годувала ними дітей. У сім'ї панував культ суворого, але справедливого батька, про який ніхто не смів навіть подумати погано.

Бабка Анжеліки втратила свою матір у віці двох років і виховувалася в чужій сім'ї. Коли їй було 16 років, тітка продала її багатому начальнику (дідові) Анжеліки, який був старший на 30 років.

Батько Анжеліки у віці двох років втратив матір і виховувався у чужих людей, які змушували його доглядати за своїми дітьми. У віці 14 років він втік з дому і поневірявся по країні. Він зробив себе сам і дуже пишався цим, тільки він мало

встиг отримати материнської любові, а ненависть всмоктав повною мірою. Він щиро любив свою дочку, але не уявляв собі виховання без насильства.

Робота з насильством "в оксамитових рукавичках" важка і малоефективна, так як виховувати потрібно самих вихователів, як зазначила Аліса Міллер. Тільки усвідомивши, як саме виховували його самого, і пошкодувавши свого забитого і нещасної дитини, "суворий і справедливий" вихователь зможе нарешті побачити все в правдивому світлі.

Психосоціальна робота щодо запобігання психологічного насильства в сім'ї можлива лише в тих випадках, коли вдається його виявити. Як правило, це відбувається на тлі скарг батьків на проблеми дитини зі здоров'ям, проблем у навчанні. У підлітковому віці відсутність теплих стосунків з дитиною і взаєморозуміння призводять у багатьох випадках каддіктивному і делінквентної поведінки. Основне завдання соціального працівника в даних ситуаціях полягає в допомозі батькам налагодити відносини з дитиною. Ефективними методами роботи з батьками, як показала практика, є тренінги, в яких беруть участь батьки разом з дітьми. Подібні заняття сприяють навчанню батьків розумінню поведінки своїх дітей, формуванню нових форм взаємодії.

2.7. консультування та групова робота з дітьми

У більшості випадків діти, які перенесли насильство, закриті, справляють враження "загубленості" і займають оборонну позицію. Такі діти в першу чергу потребують спеціалізованої психологічної допомоги та підтримки, а також у створенні для них безпечного простору. Безумовно, для того щоб надати допомогу дитині, необхідно встановити з ним довірчі відносини, що вимагає від фахівця з соціальної роботи володіння психологічними техніками встановлення контакту. Дитина повинна відчувати щирий інтерес з боку фахівця, щире бажання допомогти. Не слід занадто метушитися, загравати з дитиною, з перших хвилин намагатися вступити з ним в активний контакт, пропонувати і обіцяти свою допомогу. Важливо пам'ятати, що зайва фіксація дитини на особливостях ситуації, з приводу якої

проводиться бесіда репліками типу: "не хвилюйся!", "Не бійся!", Дають зворотний ефект.

Коли довірчий контакт з дитиною встановлено, фахівець з соціальної роботи проводить консультаційну бесіду. Консультаційна бесіда може бути наповнена різним змістом і виконувати різні завдання - освітні, психологічні, психолого-педагогічні. Основний акцент при цьому робиться на подолання недовіри дитини до людей, допомога в відреагували негативних емоцій, зокрема болю, образи, страху, гніву і провини.

У всіх видах насильства страждають самооцінка дитини і його стосунки з однолітками, успішність у навчанні, формування близьких стосунків. За допомогою вправ, які фахівець спільно з психологом може проводити з дитиною як індивідуально, так і під час групових занять з'являється можливість змінити самосприйняття дитини, підвищити самооцінку, сприяти встановленню дружніх відносин з однолітками.

Кінцева мета консультаційної бесіди - зменшити у дитини почуття безсилля, безпорадності, що виникають в результаті перенесеного фізичного насильства, актуалізувати внутрішні ресурси дитини, підвищити активність у прагненні допомогти самому собі.

Основними симптомами-мішенями в роботі з дитиною, постраждалою від насильства, є: переживання надмірної відповідальності і провини; пригніченість і почуття безсилля перед ситуацією; песимістичні судження; переживання небезпеку повторення насильства. Багато авторів відзначають, що важливо знати, який ефект справила на дитину насильство, коли воно сталося, ким по відношенню до дитини є насильник, які способи використовуються дитиною, щоб впоратися з переживаннями, які у нього неправильні уявлення про насильство.

Проводячи корекційну роботу з дитиною важливо з'ясувати погляд дитини на проблему ("розповідь з точки зору дитини"), виділяючи три моменти:

- в чому полягає проблема, яка не дозволена;

- що відчуває дитина у відношенні цієї проблеми;
- чого дитина чекає від фахівця ("Як ти думаєш, чим я можу тобі допомогти? Хто може допомогти?").

Основним прийомом проведення такої розмови є активне слухання: перефразування ("Іншими словами, ти відчуваєш ... тому що ... і ти б хотів ..."); відображення; уточнення.

Слід зазначити, що в таких складних випадках, як пережите насильство, дитина навряд чи схильний ділитися своїми почуттями і переживаннями і, як наслідок цього, може відповідати лаконічно, а то й зовсім просто мовчати. У такій ситуації фахівець може розцінити мовчання дитини, як небажання вступати в контакт. Спеціаліст в цьому випадку часто відчуває розгубленість, безпорадність і намагається заповнити тривалу паузу. Однак повагу до мовчання дитини може бути набагато більш ефективним, ніж багатослівність психолога, соціального працівника в цей момент.

Дитина відчуває сильні емоції і часто не може говорити, оскільки йому дуже важко і боляче; він розгублений, не знає, що сказати, якими словами висловити свої почуття. Крім цього, можливо, в такі моменти дитині потрібно розібратися у своїх думках і почуттях. Таким чином, мовчання може бути надзвичайно продуктивним. Разом з тим дитина потребує того, щоб обговорити свої почуття з дорослим. У цьому зв'язку можливі наступні кроки спеціаліста: інтерпретація мовчання ("схоже, ти збентежений тим, про що ми зараз говоримо"), можливе використання ігро терапії. У деяких випадках необхідно відкласти обговорення проблеми дитини і поговорити про те, що з ним відбувається "тут і зараз", які складні почуття він відчуває - страх, сором, біль і т. П .; іноді рекомендується припинити заняття, якщо в наявності погане самопочуття дитини.

Особлива увага в роботі з такими дітьми необхідно приділити отреагуванню почуття сорому і безпорадності. У них знижена самооцінка, їм здається, що вони

нездатні керувати своїм життям. Необхідно допомогти дітям повірити у свої сили і усвідомити, що вони здатні постояти за себе.

Спеціальні методики у роботі з постраждалими від сексуального насильства часто спираються на положення арт-терапії. Ефективний метод роботи - ігрова терапія, коли дитина на спеціально приготовлених ляльках показує те, про що не може говорити словами.

Психолог і фахівець з соціальної роботи можуть запропонувати дитині як в індивідуальній роботі, так і в груповій вправі, в яких дитина вчиться розпізнавати потенційно небезпечні ситуації, усвідомлювати необхідність поваги права іншої людини на особистий простір. Такі вправи навчають дітей бути твердими у відстоюванні своєї позиції і говорити "ні!", Піклуватися про себе і не відчувати себе жертвою. Діти повинні навчитися позитивно сприймати себе, поважати себе та інших і вміти проявляти достатню твердість. У процесі виконання вправ в групі у дітей формуються навички спілкування. Вони вчаться отримувати і давати позитивну і негативну зворотні зв'язки, проявляючи турботу один про одного. У груповій роботі можливі вправи, при яких дитина з допомогою фахівця може обговорити те, що його хвилює, свої почуття і думки, пов'язані з сім'єю.

Практично кожна дитина, що випробував насильство, особливо підліток, відчуває занепокоєння з приводу свого майбутнього. Залежно від віку необхідно за допомогою проєктивних методик допомогти дитині будувати модель майбутнього життя, вселяючи впевненість, що багато чого у втіленні цієї моделі в життя залежить від нього. Прикладом такої роботи можуть бути вправи "Машина часу", "Фільм про моє життя".

Слід зазначити, що соціальний працівник при організації групової роботи повинен враховувати дані про дитину, отримані в результаті діагностичної бесіди, індивідуальної роботи психолога. Як правило, дітям важко говорити в групі про свої почуття, вони навчилися не довіряти оточуючим, випробували сильний біль, а у випадках інцесту і жорстокість з боку найближчих людей. Бажання висловлюватися

формується в процесі роботи групи і залежить від багатьох факторів: підготовки соціального педагога до подібної роботи, створення атмосфери довіри в групі, особистісних особливостей дитини.

2.8. Профілактика жорстокого поводження та насильства над дітьми: просвіта та інформування

Необхідно починати з масштабного просвіти та інформування дітей, фахівців, що працюють з дітьми або в їхніх інтересах, всього суспільства про відповідальність за дії, спрямовані проти дітей, про правила безпеки для запобігання злочинних посягань.

Необхідно роз'яснювати, що таке насильство, які його види, як поводитися, якщо ти став жертвою або свідком насильства, куди повідомляти про насильство, які організації та установи можуть надати допомогу.

Основними причинами невисокої ефективності діяльності у сфері профілактики жорстокого поводження з дітьми є:

- Ослаблення інституту сім'ї, кризові явища в сім'ї: порушення її структури і функцій, високий відсоток розлучень, збільшення сімей без реєстрації шлюбу, низький життєвий рівень, погані умови утримання дітей, наростання психоемоційних перевантажень у дорослого населення, безпосередньо відбиваються на дітях, падіння моральних підвалин сім'ї, наслідком чого стає зміна ставлення до дітей, аж до домашнього насильства.
- Пізнє виявлення сімейного та дитячого неблагополуччя (майже 50% дітей, які залишаються без піклування батьків, підліткового віку), відсутність комплексної роботи з сім'єю на ранній стадії кризи, включаючи роботу з вагітними матерями групи ризику.
- Несформованість організаційних засад профілактики, в тому числі механізмів взаємодії суб'єктів профілактики, єдиної документації, моніторингу.

Створення міжвідомчої системи профілактики жорстокого поводження з дітьми вимагає певних змін у підходах до вирішення цієї складної проблеми. До них відносяться:

- зміна об'єкта профілактики жорстокого поводження з дітьми, т. е. об'єктом стає не тільки сама дитина, але і його родина, проблеми якої розглядаються в якості основної причини сімейного неблагополуччя;
- подолання міжвідомчої роз'єднаності, нескоординованности, несистемності в діяльності органів державної влади та місцевого самоврядування з профілактики жорстокого поводження з дітьми та захисту прав дітей.

Алгоритм раннього виявлення жорстокого поводження з дітьми в сім'ях:

1. Попереднє ознайомлення з клієнтами.
2. Проведення загальної діагностики, тобто постановка задачі, вибір методів діагностики, виділення діагностованих ситуацій, визначення головної.
3. Проведення спеціальної діагностики для поглибленого вивчення проблем, вивчення можливості використання ресурсів сім'ї для відновлення її функцій.
4. Побудова висновків на основі результатів, отриманих в ході загальної та спеціальної діагностики.

Для раннього виявлення застосовуються особливі форми і методи роботи. Застосовувані психодіагностичні методики спрямовані на виявлення існуючих проблем у взаєминах між членами сім'ї, її ресурсів, визначення кола найбільш гострих питань взаємин сім'ї і дитини.

Зміст і форми цих зв'язків різні і в сукупності вони дають уявлення про взаємодію суб'єктів. Аналізуючи складаний досвід взаємодії суб'єктів профілактики, виділили наступні види зв'язків:

- взаємна інформація (про сім'ю, дитину, їхні проблеми, заходи, що вживаються тим чи іншим суб'єктом для вирішення цих проблем, їх результативності і т.д.);

- узгодження, спільне проектування способів, форм впливу на дитину, сім'ю, найбільш ефективних способів спілкування, зміст заходів, що виходять від різних суб'єктів;
- спільна діяльність при чіткому визначенні функцій кожного учасника;
- спадкоємність - опора на результати, досягнуті зусиллями одного з партнерів, закріплення та розвиток їх у діяльності іншого;
- адекватне уявлення і взаємне врахування тих можливостей, які сприяють співробітництву;
- взаємне навчання фахівців, які представляють різні органи та установи системи профілактики жорстокого поводження з дітьми;
- сприяння у створенні з одним суб'єктом умов для організації реабілітаційної діяльності іншого.

Встановлення таких зв'язків дозволяє повноцінно використовувати специфічні можливості кожного суб'єкта взаємодії для раннього виявлення умов і факторів, що сприяють жорсткому поводженню з дітьми.

При оптимальному взаємодії воно має характеризуватися наступними параметрами:

- широта взаємодії - активна участь всіх значущих суб'єктів у ранній профілактиці жорстокого поводження з дітьми;
- повнота і розвиток змістовних зв'язків між суб'єктами взаємодії;
- функціональна доцільність діяльності учасників взаємодії;
- наявність інтегративного органу координації міжвідомчої взаємодії.

Запропоновані рекомендації розкривають взаємодії суб'єктів системи ранньої профілактики жорстокого поводження з дітьми.

Програми надання психосоціальної допомоги орієнтовані на адаптацію та інтеграцію дітей у соціум в залежності від індивідуальних потреб.

Вибір форм і методів корекційно-реабілітаційної роботи обумовлений виявленими проблемами сім'ї та дітей, віковими факторами, особливостями особистісного розвитку. Для запобігання негативних явищ в сім'ї використовується сімейна терапія. Вона припускає терапевтичний вплив на дитину через сім'ю і роботу з родиною, спрямовану на зміну ситуації в сім'ї, яка призвела до різного роду відхилень.

У процесі реабілітації сімей з дітьми використовуються індивідуальні та групові форми роботи: індивідуальні бесіди із застосуванням елементів рісуночних технік; тренінги з розвитку комунікативних навичок, навчають дітей "безконфліктному" спілкуванню, що підвищують їхню самооцінку; пісочна терапія, казкотерапія, ігрова терапія, покликані формувати у дітей навички спільної позитивної діяльності, що знижують страхи, агресію, розвиваючи самоконтроль, емоційну сферу та ін .; метод драматичної психо-елевації; рольові ігри, коригувальні поведінку дитини.

Здійснення допомога дитині в подоланні наслідків будь-якого з перерахованих вище видів насильства не може здійснюватися без здатності фахівця працювати в команді. Діяльність соціального працівника в цьому напрямку є тим самим ланкою, яка дозволяє інтегрувати зусилля суміжних галузей, сприяти роботі міждисциплінарної команди, до складу якої входять, як правило, педіатр, психіатр, психолог, соціальний працівник, педагоги і юрист.

Командний підхід означає не тільки механічне об'єднання в одну команду представників різних спеціальностей. Це необхідний перший крок. Іншими необхідними умовами командної роботи є чітко простроеної взаємодія між членами команди, ведення єдиної документації, на підставі якої робиться оцінка ефективності роботи команди і реабілітаційних дій з родиною та дітьми.

Часто проблеми сім'ї мають різнобічний характер і тому вимагають комплексного підходу до їх вирішення. Тільки спільна робота (в умовах "однієї команди") соціальних працівників, психологів, соціальних педагогів, медичних

працівників і соціальних працівників може дати реальний результат. Умови командної роботи дозволяють зосередитися на всій життєвій ситуації дитини і сім'ї, побачити всі її сторони в комплексі, організувати допомогу саме там, де це необхідно.

Командний принцип роботи передбачає роботу з сім'єю в цілому, орієнтацію на динаміку системних процесів при інтеграції дітей у сім'ю. Важливо дотримуватися право сім'ї на автономію, визнавати її цінність і унікальність її досвіду, забезпечуючи пріоритет інтересів дитини (бути завжди на його боці), що знаходить вираз у прагненні вирішити кожен проблемну ситуацію з максимальною користю для дитини.

Міждисциплінарна (міжпрофесійне) команда характеризується більш високим рівнем узгодженості та координації дій, так як і обговорення випадків, і зустрічі з клієнтами, і визначення плану роботи здійснюються тут колективно. Це найбільш перспективний напрямок в плані координації послуг, що використовується в роботі з клієнтами. Міждисциплінарна команда характеризується акцентуванням уваги на певному порядку взаємодії, а регулярні зустрічі дозволяють докладно і старанно засуджувати кожен випадок. Відносини з родиною закріплюються контрактом (договором), в якому визначено, які послуги і на яких умовах будуть надаватися. Наявність фахівців різного профілю дозволяє виробляти максимально точну експертну оцінку сімейної ситуації, пропонувати великий вибір послуг і успішно долати виникаючі міжвідомчі бар'єри. Застосовуючи інтерактивний підхід, в рамках якого служба активно діє, з тим щоб надавати родині більш якісні послуги, команда може вступати у взаємодію з різними службами або передавати їм (нехай і на час) роль лідера в наданні адресної допомоги та підтримки сім'ї.

Головною метою втручання фахівців в ситуацію досконалого насильства полягає в тому, щоб надати родині всю необхідну інформацію і підтримку, для того

щоб постраждалі взяли власне рішення, намітили можливі шляхи виходів із ситуації, навчилися протистояти агресору, розкрили індивідуальний потенціал.

Питання для самоперевірки:

1. Діагностика насильства в сім'ї
2. Діагностика і виявлення фізичного насильства
3. Діагностика сексуального насильства
4. Діагностика зневаги основними потребами дитини
5. Консультування як вид психосоціальної допомоги батькам
6. Консультування та групова робота з дітьми

Література:

1. Битянова М. Р. Социальная психология: наука, практика и образ мыслей : учеб. пособ. М. : ЭКСМО-прес, 2001. 576 с.
2. Горелов И. Н., Зюзько М. В. Умеете ли вы общаться? М. : Просвещение, 1991. 160 с.
3. Журавлев А. Л. Психология совместной деятельности. М. : ИП РАН, 2005. 640 с.
4. Корнєв М. Н., Коваленко А. Б. Соціальна психологія. Київ : Самміт-книга, 1995. 304 с.
5. Ложкін Г. В., Сьомін С. В., Кисельова Т. В. Конфлікти у сумісній діяльності. Київ : Сфера, 1997. 95 с.
6. Психологія аутоагресії молоді в умовах сучасного соціуму: монографія / Н.Є. Завацька, М.В. Тоба, С.В. Піддубняк, О.В. Федорова, О.О. Смирнова, О.О. Бровендер / Під наук. ред. Н.Є. Завацької. – Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2018. – 242 с.

Навчальне видання

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК
З ДИСЦИПЛІНИ “ ПСИХОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ”
(для здобувачів вищої освіти бакалаврського рівня зі спеціальності
С4 Психологія освітня програма «Прикладна психологія та консультування”))
(Електронне видання)

Укладачі:

Олена Олександрівна Бровендер
Наталья Євгенівна Завацька

Оригінал-макет О.О. Бровендер

Підписано до друку __. __.202__.
Формат 60x84 1/16. Папір типогр. Гарнітура Times.
Друк офсетний. Умов. друк. арк. __. Обл.-вид. арк. __.
Тираж __ екз. Вид. № __. Замов. № ____. Ціна договірна.
Видавництво Східноукраїнського національного університету
імені Володимира Даля

Свідоцтво про реєстрацію: серія ДК № 1620 від 18.12.03 р.
Адреса університета: вул. Іоанна Павла II, 17

м. Київ, 01042, Україна e-mail: vidavnictvosnu.ua@gmail.com