

В. Н. Шарыпов

«Взаимное консультирование инвалидов»

Барнаул 2005

В книге рассмотрены проблемы психологической адаптации инвалидов и описан метод взаимного консультирования как одна из форм психологической помощи людям с ограниченными возможностями.

Для психологов, социальных работников, студентов психологических и социологических вузов.

Введение

Взаимная консультирование как одна из форм психологической помощи инвалидам широко применяется в работе с инвалидами в США и ряде стран Западной Европы. В службах взаимного консультирования, или, как их чаще называют, службах взаимной поддержки в роли консультантов обычно выступают люди, сами являющиеся инвалидами.

Идея консультирования, основанного на принципах равенства, зародилась в 1940-х годах в США и в основе ее лежит мысль о том, что люди, которые имели проблемы, связанные с инвалидностью и преодолели их, могут быть полезны в помощи тем, кто пытается сделать то же самое.

Взаимные консультации могут осуществляться как в группе, так и в индивидуальном порядке; их основная цель - формирование у инвалидов установки на полноценную жизнь в обществе. Это особенный вид оказания психологической помощи людям с ограниченными возможностями, требующий от консультантов определенных знаний и навыков. Консультантам необходимо иметь собственный опыт решения проблем связанных с инвалидностью, знать философию независимой жизни инвалидов, знать принципы психологического консультирования. Консультантам необходимо сотрудничать с профессиональными психологами, психотерапевтами и знать, кому можно «переадресовать» клиента с определенной проблемой.

Эффективность работы консультантов во многом определяется пониманием ими самих проблемы инвалидности, их способностью и желанием оказывать психологическую поддержку другим людям.

Глава 1. Понимание проблемы инвалидности

В основе любого действия по отношению инвалидам со стороны специалистов, учреждений, государственных органов, частных лиц и общества в целом лежат некие базовые представления о том, что представляет собой само явление инвалидности. Эти представления во многом определяют положение инвалидов в обществе. Отношение к инвалидам менялось на протяжении всего исторического периода в разных странах и в разных культурах.

Известно, что в доисторические времена многие кочевые племена считали нетрудоспособных людей бесполезными, поскольку они не могли участвовать в жизни племени, и кочевники часто оставляли их умирать, когда племя перемещалось на новое место. Инвалидность в то время объясняли действием сверхъестественных сил.

Позже древние греки первыми начали искать рациональные причины для объяснения инвалидности. Они считали, например, глухих людей необучаемыми, поскольку с ними трудно общаться.

Для раннего христианства характерно проявление сочувствия и жалости по отношению к инвалидам. В то время инвалидность считалась одним из видов нечисти, которая, как считали христиане, могла быть устранена при помощи молитв и ритуалов. Тем не менее, церкви оказывали поддержку инвалидам: кормили, давали кров, создавали в обществе благожелательное отношение к инвалидам. Многие христиане покровительственно относились к инвалидам, что приводило в свою очередь к зависимости инвалидов от других людей.

Однако уже в средние века христиане стали опасаться инвалидов, считая, что они связаны со сверхъестественными силами, с дьяволом. Инвалидность стала восприниматься как проявление сил зла. Над физическими нарушениями людей смеялись, таких людей использовали для уличных представлений, известны случаи, когда в европейских странах из малолетних детей сознательно делали инвалидов для последующей эксплуатации. Над инвалидами в то время не только смеялись, их преследовала инквизиция.

Ренессанс инициировал оказание медицинской помощи инвалидам. В то время, впервые в истории, инвалиды получили доступ к образованию, что способствовало вовлечению инвалидов в жизнь общества. В период от Ренессанса до второй мировой войны инвалиды в Европе обучались в специальных школах, часто далеко удаленных от населенных мест.

Во время образования Соединенных Штатов первые поселенцы препятствовали въезду в страну инвалидов, поскольку считали, что это вызовет дополнительные финансовые расходы. Однако государство оказывало поддержку людям, получившим инвалидность уже после прибытия в страну.

В 1880г. в США были созданы интернаты для инвалидов и были созданы программы для инвалидов со специфическими видами инвалидности (для глухих, слепых и т.п.) В таких интернатах люди лечились, получали образование, а порою проводили всю жизнь. Инвалиды были изолированы от общества. Лишь в сельской местности инвалиды жили в семейной обстановке.

Диктаторские режимы во все времена весьма негуманно решали проблемы инвалидности. В фашистской Германии над инвалидами проводились медицинские эксперименты, многие инвалиды были помещены в концентрационные лагеря и физически уничтожены.

В настоящее время мы также наблюдаем различное понимание проблемы инвалидности в разных странах, культурах, в этнических группах. Например, многие индейцы Северной Америки и сегодня объясняют наличие у людей инвалидности действием сверхъестественных сил, нарушением различного рода табу. Такими причинами считаются неуважительное отношение к огню, к воде, кражи, убийства, нарушение гармонии с окружающим миром. В некоторых племенах сами индейцы - инвалиды считают что, сверхъестественные силы выбрали их, для того чтобы наказать все их племя за нарушение табу, например за браконьерство, и поэтому сделали их инвалидами.

Философия буддизма предполагает, что жизнь человека организуется кармой, законом природы, когда всякое сознательное действие (причина) имеет равный отклик (следствие). Согласно этой философии нет ни одного события в сегодняшней жизни, которое не было бы предопределено предшествующей жизнью. В этой системе представлений борьба с обстоятельствами бессмысленна, она не может что-либо изменить, остается борьба с самим собой, с собственными заблуждениями, с собственной несвободой. Известно, что Ганди, в свое время, возражал против открытия больниц, утверждая, что лечение и благотворительность просто оттягивают уплату старых кармических долгов, что не следует помогать страдающим, и они должны страдать в расплату за свои грехи.

Таким образом, понимание проблемы инвалидности, как мы видим, во многом определяет статус инвалида в обществе, отношение к инвалидам со стороны других членов общества и также определяет отношение инвалидов к своей проблеме, социальную активность инвалидов. В разное историческое время, в разных культурах существует свое традиционное понимание проблемы инвалидности и члены общества, как инвалиды, так и другие люди живут и действуют в соответствии с этими представлениями. Следует заметить, что понимание проблемы инвалидности со временем меняется, и сегодня все мы волею или неволею участвуем в этом процессе.

В настоящее время существует несколько точек зрения на вопрос, о том, что является причиной низкого социального статуса инвалидов, из которых следуют соответствующие подходы понимания инвалидности. В каждой из них заложены определенные представления о том, что обуславливает ограничение жизнедеятельности человека с инвалидностью и на что должны быть в первую очередь направлены усилия общества для решения проблемы интеграции инвалидов в жизнь сообщества.

Во многих странах, в том числе и в России, традиционно длительное время к инвалидам относились, прежде всего, как к больным людям. Вследствие этого действия по улучшению качества жизни этой социальной группы носили в основном медицинский характер: лечение, физическая реабилитация, благотворительная помощь. Такое понимание инвалидности называют медицинским подходом.

Медицинская модель инвалидности

С точки зрения медицинской модели инвалиды ограничены в жизнедеятельности в первую очередь потому, что они имеют определенные нарушения, наличие которых не позволяет им передвигаться, слышать, видеть, разговаривать, воспринимать информацию так, как это делает большинство людей, не имеющих инвалидности. Медицинская модель предполагает, что усилия общества по интеграции людей с ограниченными возможностями должны быть направлены на адаптацию инвалидов к социальным условиям, в которых живут люди без инвалидности. Для этого инвалидов в первую очередь необходимо вылечить, вернуть здоровье. Только тогда инвалиды смогут в существующих условиях передвигаться, работать, учиться, как и все другие люди.

Если проблему невозможно решить медицинским путем, то человека с инвалидностью, согласно медицинской модели, необходимо поместить в специализированное учреждение, где создаются приемлемые условия для его жизнедеятельности на ограниченном пространстве (в специальной школе, в специально оборудованном городке, наконец, в собственной квартире) и удовлетворять только самые насущные потребности. За пределами таких учреждений инвалид сталкивается с препятствиями, делающими невозможной самостоятельную жизнь в обществе. В медицинской модели акцент делается на зависимости инвалида от окружающих его людей, все внимание концентрируется на нарушении здоровья, а не на реальных потребностях человека.

Медицинская модель предполагает, что большинство жизненно важных решений за инвалида, такие как выбор профессии, трудоустройство, принимают специалисты (медики, социальные работники, государственные служащие). При таком подходе человек с инвалидностью находится в положении «больного» или «опекаемого», на жизнь которого наклад-

дывается множество ограничений. В конечном счете, это ведет к социальной изоляции инвалидов и не способствует включению их в жизнь общества.

Медицинский подход к инвалидности предполагает наличие внешней структуры, которая осуществляет контроль над различными аспектами жизни инвалидов, принимает решения по поводу различных сторон жизни инвалидов, несет ответственность за эти решения. В качестве такой структуры может выступать государство в лице организаций и учреждений, занимающихся проблемами инвалидов, общественные организации, семья, друзья, социальное окружение инвалида. Медицинский подход накладывает определенные ограничения на возможность реализации инвалидом своего потенциала, такой подход предполагает развитие личности человека с инвалидностью лишь в определенных внешней структурой рамках.

Медицинский подход к решению своих собственных проблем связанных с инвалидностью проявляется у инвалидов в стремлении, прежде всего, вылечиться, а если это не удается, то в адаптации в условиях дискриминации и сегрегации. При таком подходе все усилия человека с инвалидностью направлены на лечение, а если это невозможно то на реабилитацию, на минимальную адаптацию к существующим условиям. Человек, имеющий инвалидность, при этом не ставит перед собой цели, свойственные большинству членов общества.

Медицинская модель связывает наличие у инвалидов многочисленных психологических проблем в первую очередь с последствиями травм и заболеваний, которые неизбежно отражаются на состоянии нервной системы, и предполагает, что именно наличие этих психологических проблем препятствует интеграции инвалидов в общество.

В качестве попытки представить модель, альтернативную доминирующему медицинскому восприятию инвалидности, лидерами организаций инвалидов была разработана социальная модель инвалидности, которая в настоящее время широко распространена во многих странах.

Социальная модель инвалидности

Социальная модель инвалидности в основном направлена на определение и устранение тех барьеров, которые изолируют людей с инвалидностью и не позволяют им стать полноправными членами своих сообществ. В рамках социального подхода инвалидность рассматривается, прежде всего, как проблема несовершенства, неприспособленности к нуждам инвалидов окружающей среды. Под таким несовершенством понимается весь комплекс физических, социальных и психологических барьеров, не позволяющих людям с инвалидностью пользоваться теми же правами, какими пользуются другие люди. При таком подходе действия по повышению качества жизни инвалидов направляются на устранение барьеров, мешающих включению инвалидов в жизнь общества.

Социальной модель определяет инвалидность как социальную ситуацию, при которой человек, имеющий нарушение здоровья исключается из полноценного участия в общественной жизни. При этом нарушение определяются как полностью или частично отсутствующая конечность, орган или функция тела. Инвалидность же рассматривается как частичное или полное ограничение деятельности, вызванное организацией современного общества, которое не считается с людьми с физическими нарушениями и тем самым исключает их из участия в полноценной деятельности общества.

Социальная модель признает, что люди с инвалидностью, как и все другие, время от времени нуждаются в медицинской помощи, однако указанная модель против того, чтобы рассматривать инвалидов исключительно, как объекты медицинского вмешательства. Социальный подход предполагает, что индивидуальные и общие затруднения во всех сферах жизни, которые испытывают инвалиды, возникают в первую очередь благодаря давно сложившейся сложной системе дискриминации.

Социальная модель предполагает, что психологические проблемы инвалидов в первую очередь обусловлены дискриминацией инвалидов в обществе, наличием психологических

барьеров между инвалидами и другими людьми, отсутствием у инвалидов возможности для реализации своего потенциала. Психологические же проблемы инвалидов во многом обусловлены стрессом, вызванным требованием факторами внешней реальности адаптироваться к окружающей среде, что в существующих социальных условиях превышает адаптационные возможности большинства людей с инвалидностью.

Принятие социальной модели инвалидности многими правительствами инициировало появление многих анти дискриминационных законов, касающихся инвалидов в разных странах, способствовало принятию в 1982г. Генеральной Ассамблеей ООН Всемирной Программы Действий по Проблемам Людей с Инвалидностью.

Философия независимой жизни инвалидов

Социальная модель инвалидности базируется на философии независимой жизни инвалидов, которая определяется как инновационная технология, основная социально - психологическая установка которой является полноценная интеграция инвалидов в жизнь общества.

Философия независимой жизни инвалидов зародилась в 70-х годах в США в процессе борьбы американских инвалидов за гражданские права. Основателем философии, согласно которой инвалиды должны иметь точно такое же право распоряжаться своей жизнью, как и все остальные люди, является Эд Роберте. Эд Роберте имел тяжелую форму инвалидности - он передвигался на инвалидной коляске, пользовался аппаратом «искусственное легкое» и являлся лидером движения за гражданские права инвалидов в США.

Понятие «независимая жизнь» подразумевает два взаимосвязанных момента. В социальном значении независимая жизнь - это право человека быть неотъемлемой частью жизни общества и принимать активное участие в социальных, политических и экономических процессах, это свобода выбора и свобода доступа к жилым и общественным зданиям, транспорту, средствам коммуникации, труду и образованию. Независимая жизнь - это возможность самому инвалиду принимать решения и управлять жизненными ситуациями. В социальном значении независимая жизнь не зависит от вынужденности человека прибегать к посторонней помощи или вспомогательным средствам, необходимым для его полноценной жизни.

В философском понимании независимая жизнь - это способ мышления, система мировоззренческих представлений о роли и месте человека в обществе, это психологическая ориентация личности на самостоятельность при принятии важных решений, касающихся его жизни. Философия независимой жизни ориентирует человека, имеющего инвалидность, на то, чтобы он ставил перед собой такие же задачи, как и любой другой член общества, нес ответственность за свою жизнь.

С точки зрения философии независимой жизни, инвалидность рассматривается с позиций неумения человека ходить, слышать, видеть, говорить или мыслить обычными категориями. Для того чтобы он сам мог принимать решения и определять свои действия, создаются социальные службы, которые, компенсирует его неумение делать что-либо.

Философия независимой жизни определяет инвалидность как ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество на таких же основаниях, как и другие члены общества. Как философия, Независимая Жизнь во всем мире определяется, как возможность полностью контролировать свою жизнь на основе приемлемого выбора, который сводит к минимуму зависимость от других людей в принятии решений и осуществлении повседневной деятельности. Это понятие включает в себя контроль над собственными делами, участие в жизни общества, исполнение целого ряда социальных ролей и принятие решений, ведущих к самостоятельности, уменьшению психологической или физической зависимости от других.

Философия независимой жизни позволила во многих странах перейти от авторитарной медицинской модели инвалидности к парадигме индивидуальной активности и ответственности при определении и осуществлении инвалидами своих потребностей.

Принципы философии независимой жизни сформулированы в «Декларации независимости инвалида».

Декларация независимости инвалида (краткие тезисы)

Не рассматривайте мою инвалидность как проблему.

Не надо меня поддерживать, я не так слаб, как кажется.

Не рассматривайте меня как пациента, так как я просто ваш соотечественник.

Не старайтесь изменить меня. У вас нет на это права.

Не пытайтесь руководить мною. Я имею право на собственную жизнь, как любая личность.

Не учите быть меня покорным, смиренным и вежливым. Не делайте мне одолжения.

Признайте, что реальной проблемой, с которой сталкиваются инвалиды, является их социальное обесценивание и притеснение, предубежденное отношение к ним.

Поддержите меня, чтобы я мог по мере сил внести свой вклад в общество.

Помогите мне познать то, что я хочу.

Будьте тем, кто заботится, не жалея времени, и кто не борется в глупости сделать меня лучше.

Будьте со мной, даже когда мы боремся друг с другом.

Не помогайте мне тогда, когда я в этом не нуждаюсь, если это даже доставляет вам удовольствие.

Не восхищайтесь мною. Желание жить полноценной жизнью не заслуживает восхищения.

Узнайте меня получше. Мы можем стать друзьями.

Будьте союзниками в борьбе против тех, кто пользуется мною для собственного удовлетворения.

Давайте уважать друг друга. Ведь уважение предполагает равенство. Слушайте, поддерживайте и действуйте.

***Норман КЮНК, американский активист
движения в защиту прав инвалидов.***

Глава 2. Психологические особенности инвалидов

Инвалиды как травматические личности

Инвалидность, как правило, влечет за собой психологическую травму. Психологическая травма определяется как переживание, потрясение, которое у большинства людей вызвало бы страх, ужас, беспомощность, т.е. событие, выходящее за пределы нормального человеческого опыта. В качестве ситуаций, способных вызвать психологическую травму могут выступать физическая травма, внезапное разрушение привычного уклада жизни, причинение вреда близким людям. Поэтому инвалидов следует также рассматривать как людей, перенесших психологическую травму, или подверженных посттравматическому стрессу, который проявляется как комплекс реакций на травму.

Многие инвалиды являются травматическими личностями, и им свойственны характерные для таких людей черты. Для людей, переживших травмирующие ситуации характерны следующие симптомы: повторяющиеся переживания событий; галлюцинаторные переживания; избегание всего того, что может быть связано с травмой (мысли, разговоры, действия, места, люди, напоминающие о травме); неспособность вспомнить важные эпизоды травмы; равнодушные, снижение интереса к прежним занятиям; чувство одиночества; притупленность эмоций; чувство укороченного будущего (человек планирует свою жизнь на очень небольшое время, не видит для себя перспектив в жизни); проблемы со сном; раздражительность или вспышка гнева; сверх бдительность.

Травматическая личность - это более или менее устойчивый набор узнаваемых черт, формирующихся под воздействием травмы. Травматическая личность, как правило, ригидна, т.е. обнаруживает жесткую приверженность принципам, «понятиям», идеям; травматическая личность имеет низкую стрессоустойчивость. Те трудные ситуации, с которыми большинство людей справляется самостоятельно, для травмированной личности являются источником тяжелых переживаний.

Травматические личности склонны делить свою жизнь на время до событий, происшедших до травмы и после нее. О чем бы человек ни рассказывал, он будет обязательно упоминать: «Это было до...» или «Это случилось уже после...» (это было до болезни или уже после). Травматическое событие как бы притягивает к себе и не отпускает человека от себя. Поэтому психологически он как бы остается в том времени и, что особенно важно, в том же возрасте. Психологически оставшись в том же времени, когда переживалась травма, он живет совершенно в другом измерении, продолжая придерживаться тех, прошлых законов и правил. Видение прошлого может быть искажено, часто идеализировано, а время, когда была пережита травматическая ситуация, несмотря на болезненные, трагические потрясения, именно из-за большой интенсивности пережитых чувств, вспоминается с большей теплотой.

Отмечено, что с людьми, пережившими психологическую травму, чаще происходят несчастные случаи, они чаще, чем другие, совершают самоубийства, увлекаются алкоголем и наркотиками. Человек как бы, предпринимает все усилия, чтобы погибнуть или просто причинить вред самому себе.

Кризис инвалидности

Большинство инвалидов в своей жизни столкнулись с травмирующим психику переживанием, что способствует формированию кризисного состояния личности. Современная психология рассматривает человеческую жизнь как ряд последовательных этапов становления личности; переходы между ними связаны с кризисами, в результате которых личность формирует новые качества. Кризис в самом общем смысле можно определить как особый момент человеческого существования, в котором одновременно присутствуют две противоположные тенденции - разрушение старого, отжившего и мешающего и одновременно со-

зидание нового, целостного и гармоничного. Кризис характеризуется наличием мощного сопротивления уходящего и тревоги по поводу нового и неведомого.

Мы наблюдаем инвалидов, которые в силу ряда причин отказались оттого, что для большинства людей составляет смысл жизни (семья, карьера, жизнь в обществе) и пытаются найти смысл в чем-то другом (религия, досуг, пустое время препровождения). Зачастую это приводит к дезадаптивному поведению инвалидов, что проявляется в отличии образа жизни людей с инвалидностью от поведения других людей. Инвалиды подвергаются воздействию кризисогенных факторов как непосредственно под воздействием травм, заболеваний, так и на протяжении всей своей дальнейшей жизни. Инвалиды в прошлом имеют психотравматический опыт, связанный с травмами и заболеваниями, который под воздействием различных факторов способен проявить себя в дальнейшей жизни человека с инвалидностью, негативно влияя на его психоэмоциональное состояние. В качестве таких факторов, влияющих как на сознание, так и на бессознательное инвалидов, может выступать все, что связано с травмой: памятные даты, вещи, запахи. Зачастую эти процессы человеком не осознаются. Внешне это проявляется в перепадах настроения, вспышках агрессии, неустойчивом психоэмоциональном состоянии инвалидов. В случае приобретенной инвалидности в виде травмы или заболевания кризисное состояние возникает непосредственно после нарушения здоровья, когда человек начинает адаптироваться к своей патологии. В дальнейшем на протяжении всей жизни инвалид подвергается стрессу, в связи с предъявлением факторами внешней реальности к инвалиду требований адаптироваться к окружающей среде, и чем жестче эти требования, чем больше они выходят за рамки возможностей человека к адаптации, тем более вероятен кризис. В качестве стрессора выступают многочисленные барьеры (физические, юридические, психологические), препятствующие интеграции инвалидов в общество, вынуждающее инвалидов постоянно тратить свои адаптационные ресурсы (физические, психические, энергетические) на ежедневную борьбу с этими барьерами.

Реакция человека на инвалидность

Кризис, связанный с инвалидностью, имеет сходное психологическое содержание с кризисными состояниями, вызванными различными факторами, хотя имеет ряд особенностей, которые проявляются в поведении людей с инвалидностью.

Реакция человека на инвалидность во многом похожа на переживания, возникающие у людей при разводе, при потере близкого человека. Указанные переживания в норме заканчиваются адаптацией человека к событиям, вызвавшим кризис. Под адаптацией в данном случае принимается спокойное отношение к этим событиям, приспособление к изменившимся условиям жизни. Фактор, вызвавший кризис, перестает быть определяющим мысли и поступки человека.

Известно, что человек, получивший психическую травму, связанную с чувством потери последовательно проходит через стадии отрицания, агрессии, компромисса, депрессии и адаптации.

Также как и другие процессы адаптации к ситуационным кризисам (смерть близких, развод) процесс адаптации к феномену инвалидности представляет собой конечный процесс, имеющий свое начало и завершение, определенную протяженность во времени. Процесс адаптации человека к инвалидности можно считать завершенным, когда человек возвращается к старым смыслам или находит новые, начинает жить, не испытывая довлеющего влияния инвалидности, ставит перед собой те же цели, что и другие люди.

Людям, находящимся на различных стадиях прохождения кризиса инвалидности, свойственно определенное поведение.

Стадия отрицания

Первоначально реальность происходящего человеком отрицается. Принятие инвалидности означает для человека согласиться с рядом неприятных истин, каждая из которых порождает свое поле тревоги. Человек в данном случае сталкивается со своим пониманием инвалидности, который есть у каждого из нас. У всех людей есть свои представления о многих известных им явлениях, даже если они в своей жизни не соприкасались с ними вплотную. Никто не хочет быть инвалидом, все знают, что быть инвалидом плохо.

На этом этапе информация о реальном положении дел не воспринимается. Из всей массы информации, касающейся его здоровья и перспектив на дальнейшую жизнь, человек ищет и находит факты, подтверждающие его надежды на благополучное разрешение ситуации.

На этой стадии характерно стремление инвалидов решить проблему медицинским путем: сделать операцию, найти эффективное лекарство, заниматься лечебной физкультурой. При ряде заболеваний, травм, когда инвалидность не влечет за собой видимых обратимых телесных нарушений, ампутаций, инвалиды надеются на то, что инвалидность у них временная, надеются на дальнейшее выздоровление, считают, что врачи ошиблись при установлении диагноза. Человек уверен, что вернется на прежнее место работы, вернется к прежней деятельности.

Рекомендации по социальной адаптации на этапе отрицания часто игнорируются. Это проявляется в нежелании клиентов оборудовать окружающую среду в соответствии с их физическими возможностями, в отказе пользоваться приспособлениями, костылями, инвалидными колясками. Люди в таком состоянии не расстаются за предметами, вещами, которыми они пользовались до инвалидности, но в связи с изменившимися условиями пользоваться не могут, например, велосипед, туфли на высоком каблуке и т.п. Отрицание проблемы может, проявляется в нежелании оформлять инвалидность, в нежелании общаться с другими инвалидами, их считают пассивными, не желающими лечиться. Человек, ставший инвалидом думает: «уж я - то вывернусь, я обязательно выздоровею».

Отрицание поддерживает относительно хорошее психологическое состояние человека, но не способствует социальной адаптации человека. Инвалиды строят свою будущую жизнь без учета фактора инвалидности. Например, покупают квартиру в доме без лифта, получают профессию, не соответствующую их физическим возможностям, что отрицательно сказывается на дальнейшей адаптации человека.

Эмоциональное состояние инвалидов в этот период кризиса хорошее, они находятся в ожидании выздоровления, человек с энтузиазмом замечает положительные изменения состояния здоровья, не обращает внимания на ухудшение, бодрится, старается выглядеть лучше, чем себя чувствует. Инвалиды, находясь на стадии отрицания, легко соглашаются на болезненные операции, охотно лечатся.

Следует заметить, что в России инвалидность первоначально дается всегда временно, сроком на 1- 2 года, что способствует надеждам человека на полное выздоровление, иногда необоснованное. Мы часто наблюдаем как человек с инвалидностью, находясь на стадии отрицания, откладывает многие важные решения, касающиеся его «на потом», на «когда выздоровею». Инвалид как бы «ставит свою жизнь на паузу».

Находясь на стадии отрицания, инвалиды поддерживают связи со своим социальным окружением, которое было у них до инвалидности, адекватно воспринимают повышенное внимание к себе окружающих, порой чувствуют себя значительными, спокойно принимают помощь от окружающих их людей.

Самооценка в это период у инвалидов, как правило, завышена в первую очередь в отношении своих физических возможностей, на этой стадии человек склонен браться за дела, которые ему трудно делать, не осознают снижение своего социального статуса.

Мысли о будущем связаны с интересами, которые были до инвалидности: человек стремиться вернуться в ту социальную среду, в какой жил, к тому же роду деятельности.

Стадия отрицания может протекать достаточно долго, в определенных условиях всю жизнь инвалида.

В случае явной инвалидности, например, при ампутациях, стадию отрицания инвалиды проходят быстро, и это показывает, на наш взгляд, возможность ее быстрого прохождения при других видах патологии.

Находясь на стадии отрицания, инвалид продолжает действовать, принимать решения по поводу своей дальнейшей жизни. Мы наблюдаем инвалидов, которые, находясь на стадии отрицания, совершают поступки, усугубляющие в дальнейшем и без того свое непростое положение. Например: желание вылечить неизлечимую болезнь приводит к тому, что последние средства тратятся на лечение у сомнительных специалистов. Или инвалиды отказываются от предлагаемого переезда из северного региона, считая, что скоро он выздоровеет и сможет вернуться к трудовой деятельности в условиях Севера.

Стадия агрессии

Переход от стадии отрицания к стадии агрессии происходит в результате воздействия фактов, событий, информации, собственного опыта инвалида, в результате чего у инвалида формируется понимание о состоянии его здоровья и о перспективах его дальнейшей жизни. И хотя человек не хочет быть инвалидом на сознательном и на подсознательном уровне, и слышать не хочет о своей инвалидности, со временем он многое начинает понимать и переходит на стадию агрессии. Как правило, такой переход сопровождается вхождением в кризисное состояние. До этого человек воспринимал свое состояние как заболевание, которое можно вылечить.

Люди испытывают тревогу по поводу своей дальнейшей жизни в режиме стакато: краткий момент осознания, краткий взрыв ужаса, внутренняя переработка и затем готовность к дальнейшей информации.

Невозможность контролировать свою жизнь, распоряжаться собой в полном объеме, как это было до инвалидности, вызывает у инвалидов чувство злости, агрессию. В какой-то момент человек начинает понимать, что он лишь один из многих и очень многие события находят не в его власти. У человека исчезает вера в собственную исключительность, он понимает - «выкрутиться» не удастся.

Как и на стадии отрицания, феномен инвалидности обуславливает на стадии агрессии специфическое поведение, свойственное людям с инвалидностью. Агрессия может быть направлена как на внешние обстоятельства, так и на себя (курение, алкоголизация, суицид - человек хочет «наказать себя», на подсознательном уровне он не хочет жить). Люди с инвалидностью часто проявляют агрессию по отношению к тем, кто о них заботится, пытается помочь, инвалиды ищут виноватых в том, что с ними произошло, склонны к сутяжничеству, судятся с теми, кого считают виноватыми в своих несчастьях: с врачами, с производством, где до этого работали. Агрессивное поведение служит формой отреагирования физического и психического дискомфорта, стресса.

Инвалидам, находящимся на стадии агрессии, свойственно неустойчивое эмоциональное состояние, агрессивность, повышенные требования к окружающим. Инвалиды на этом этапе кризиса большое значение придают своему социальному статусу. Вследствие деструктивного поведения в этот период ослабевают связи с социальным окружением, наступает дезадаптация человека с инвалидностью.

Стадия компромисса

На стадии компромисса характерно принятие ограничений, вызванных инвалидностью, приобретение внутренней свободы в рамках этих ограничений; человек, имеющий инвалидность, принимает самого себя.

Инвалид выбирает стратегию дальнейшей жизни, начинает строить свою жизнь в соответствии со своим пониманием положения инвалида в обществе или в соответствии с тра-

диционным подходом к пониманию инвалидности. Мы наблюдаем у инвалидов на этой стадии стремление к самосовершенствованию, в рамках тех ограничений, которые человек с инвалидностью для себя принял. В то же время на этой стадии инвалиды часто отказываются от многих жизненных целей, свойственных людям, не имеющим инвалидности, у инвалидов на этой стадии часто формируются дезадаптивные формы поведения.

Эмоциональное состояние у инвалидов на стадии компромисса стабильное - человек принял ситуацию. Инвалид учится многому заново, открывает для себя мир, осознает как свои возможности, так и свои ограничения. Человек с инвалидностью в целом доволен своей жизнью, но, тем не менее, чувствует себя ущербным по сравнению с людьми без инвалидности. На этой стадии инвалид лучше чувствует себя среди таких же инвалидов, чем среди людей без инвалидности. Инвалиды, находящиеся на стадии компромисса, предпочитают общаться с близкими им людьми, родственниками, не стремятся к расширению круга общения.

В это время инвалиды бережно относятся к состоянию своего здоровья, не склонны проводить сомнительные операции, дорожат тем, что имеют. Инвалиды с повышенной осторожностью относятся ко всему, что может ухудшить их социальный статус, не склонны к риску. На стадии компромисса человек принимает свои ограничения, строит свою жизнь, исходя из этих ограничений, и чувствует на себе деструктивное влияние инвалидности во всех аспектах жизни.

Стадия депрессии

Депрессия, обусловленная феноменом инвалидности, наступает когда человек с инвалидностью достигает целей, которые он поставил себе, находясь на стадии компромисса и не испытывает от этого удовлетворения.

Поняв неизбежность своего положения, осознав невозможность полностью соответствовать требованиям, которые общество предъявляет ко всем своим членам, инвалиды постепенно теряют интерес к окружающему миру, испытывают чувство одиночества, невостребованности, чувство собственной неполноценности.

«Что бы я ни делал я все равно инвалид! Я никогда не буду такой как все!» - часто слышим мы от инвалидов, находящихся в депрессии. Инвалид чувствует себя ущербным, неудачником, начинает сторониться других людей. Человек становится грустным и угрюмым, его одолевают мысли о своей неудавшейся жизни. Он теряет вкус к жизни, способность сопротивляться трудностям, утрачивает интерес к вещам, которые раньше привлекали его, двигательная активность человека замедляется.

Для состояния депрессии, обусловленное феноменом инвалидности, характерно наличие у человека убеждений, что все его проблемы связаны в первую очередь с наличием у него инвалидности. Он считает, что если бы не было инвалидности, все было бы по-другому, лучше.

Инвалиды на этом этапе кризиса самоуничижительно относятся к себе и к другим людям с инвалидностью, считают инвалидов людьми «второго сорта». Мы наблюдаем инвалидов, которые испытывают чувство вины за беспокойство, которое они доставляют своим близким. Такие люди до минимума ограничивают свои потребности, стесняются просить что-либо для себя. В состоянии депрессии инвалиды избегают появляться в обществе, неохотно встречаются с людьми, которые знали их до того, как они стали инвалидами. Социальная активность инвалидов снижается, они равнодушно относятся к понижению своего социального статуса. Инвалиды в состоянии депрессии склонны к саморазрушению в явной и скрытой форме (алкоголизация, наркомания, суицид).

Депрессия, вызванная феноменом инвалидности, может закончиться возвращением в состояние компромисса, когда индивидуум возвращается к своим прежним мыслям и занятиям, или переходом в состоянии адаптации, связанное с обретением новых смыслов, движением к новым целям.



Стадия адаптации

На стадии адаптации к феномену инвалидности человек ставит перед собой и способен реализовать те же цели, которые свойственны в его возрасте людям, не имеющим инвалидности; инвалид способен восстанавливать внутреннее равновесие и состояние любви к себе и людям после разного рода потрясений.

Человека занимают новые люди и события, он склонен к деятельности. Инвалид идентифицирует себя со всеми людьми, инвалидность не является довлеющим, доминирующим фактором. Адаптировавшиеся к феномену инвалидности индивидуумы независимо от тяжести патологии следуют основным стереотипам поведения людей без инвалидности, живут полноценной жизнью: учатся, работают, создают собственные семьи, активно участвуют в жизни общества. Жизнь адаптировавшихся к феномену инвалидности инвалидов во многом похожа на жизнь других людей, с той разницей, что такие инвалиды имеют ряд специфических, в основном связанных с инвалидностью бытовых проблем, которые они способны решить.

Наличие у инвалидов самого широкого спектра психологических черт и стереотипов поведения зависит от того, на какой стадии кризиса находится индивидуум. Находясь на определенной стадии, человек находится в состоянии стабильности, и это состояние на разных стадиях может продолжаться различное время. Переходы с одной стадии на другую в отдельных случаях сопровождаются обострением кризисного состояния. Инвалиды с различными заболеваниями склонны застревать на определенных стадиях и этим обусловлено наличие у них характерных, объединяющих психологических признаков и стереотипов поведения.

Например, инвалиды с детским церебральным параличом предрасположены к застреванию на стадии отрицания (многие из них считают себя здоровыми), инвалиды - ампутанты не задерживаются на стадии отрицания, в виду явной и необратимой инвалидности, и этим, по нашему мнению, объясняется их высокая степень адаптации. Инвалиды с последствиями спинномозговой травмы, с другими заболеваниями проявляющиеся в параличах, снижении мышечной силы также склонны задерживаться на стадии отрицания, поскольку дефект внешне выражен в отсутствии движений, люди надеются, что со временем движения появятся и человек обретет здоровье.

В практической работе мы часто наблюдаем, хроническое кризисное состояние у инвалидов не завершаются. Существующие социальные условия препятствуют завершению кризиса, и большинство инвалидов застревают на одной из стадий кризиса. Чаще всего застревают на стадии компромисса и стадии депрессии.

В этом смысле процесс адаптации человека к феномену инвалидности аналогичен другим процессам, связанным с переживанием утраты. Так, например, люди, пережившие кризис, связанный с переживанием утраты близкого человека в дальнейшем способны восстановить свое душевное равновесие, вернуться к прежним смыслам или обрести новые. В тоже время известны случаи, когда нормальный процесс скорби перерастет в хроническое кризисное состояние, которое называется патологическая скорбь. Например, родителям сообщили, что их сын погиб (на войне, в горах и т.п.), но тело его не найдено. Ситуация неопределенности препятствует нормальному прохождению через кризис, связанный с потерей близкого человека; кризис протекает более длительно и болезненно.

Деадаптивное поведение инвалидов

Процесс психологической адаптации человека к феномену инвалидности это процесс прохождения через кризис, по завершении которого инвалид стремится жить, как и все другие люди без инвалидности. Хотя философия независимой жизни инвалидов как идеология оформилась в семидесятых годах двадцатого века, инвалиды в обществе были всегда, и мы знаем имена многих известных инвалидов, которые жили, следуя стереотипам, свойственным их здоровым современникам. Это офтальмолог Святослав Федоров, летчик Алексей

Мересьев, писатель Николай Островский в России, президент США Теодор Рузвельт, англичанин адмирал Нельсон.

Известны многие инвалиды в разных странах, разных национальностей, социального положения, которые жили когда-то или продолжают жить сейчас и следуют стереотипам поведения людей без инвалидности; довольно часто люди, имеющие тяжелую инвалидность, живут полноценной жизнью. И хотя для того, чтобы достичь социального статуса, инвалидам нужно приложить гораздо больше усилий, чем другим людям, определенной части инвалидов это удается.

В тоже время есть много инвалидов, которые живут жизнью отличной от жизни большинства членов общества, вышли за рамки социальной жизни. Жизнь таких инвалидов во многом отличается от жизни их здоровых сверстников.

Зачастую инвалиды имеют одинаковую патологию, но совершенно разный социальный статус. Положение инвалида в обществе зависит не только от состояния здоровья и имеющихся социальных условий, а также и от целей, ценностей и стремлений человека с инвалидностью. Инвалиды, не имея возможности в существующих условиях реализовать свои потребности, часто находят для себя цели, несвойственные другим людям в их возрасте.

Инвалиды, которым свойственны дезадаптивные стереотипы поведения, имеют соответствующие убеждения и верования о положении инвалида в обществе, эти стереотипы определяющие.

Наиболее распространенные стереотипы дезадаптивного поведения инвалидов:

- избегание показываться в обществе с признаками инвалидности;
- отказ пользоваться приспособлениями (инвалидными колясками, костылями); отсутствие ориентации на создание собственной семьи;
- затруднения при обращении за помощью к окружающим их людям;
- материальная и психологическая зависимость от своего социального окружения;
- социальная пассивность;
- затруднения при общении с лицами противоположного пола.

В течение жизни многие инвалиды вырабатывают верования и убеждения, которые способствуют выведению их на периферию общественной жизни. Наиболее распространены верования и убеждения таких инвалидов:

- стыдно появляться с признаками инвалидности в общественных местах;
- окружающие люди не захотят помочь инвалиду в экстремальной ситуации;
- окружающие люди не имеют права отказывать инвалиду в помощи;
- родные и близкие обязаны во всем помогать инвалиду;
- инвалид не сможет создать свою семью;
- инвалиду лучше создавать семью с таким же инвалидом;
- инвалид не сможет вести активный образ жизни и реализовать свои способности;
- не сможет найти работу и зарабатывать деньги;
- со временем состояние здоровья улучшится, и только тогда можно будет жить активной жизнью.

Социальная модель инвалидности породила новые формы и методы работы с инвалидами, при этом целью психокоррекционной работы с инвалидами стало формирование у инвалидов установок на независимую жизнь в обществе, обучение навыкам независимой жизни. Одним из современных методов формирования у инвалидов установок на независимую жизнь стало консультирование в группах взаимной поддержки.

Группы взаимной поддержки для инвалидов является одной из форм групповой коррекционной работы. Групповая коррекционная работа, как направление практической психологии, широко применяется в различных областях человеческой жизнедеятельности. Потенциальное преимущество условий группы по сравнению с индивидуальным консультированием - это возможность получения обратной связи и поддержки от людей, имеющих общие проблемы или переживания с конкретным участником группы. В процессе группового взаимодействия происходит принятие ценностей и потребностей других. В группе человек чувствует себя принятым и принимающим, пользующимся доверием и доверяющим, окру-

женной заботой и заботящимся, получающим помощь и помогающим. В поддерживающей и контролируемой обстановке человек может обучаться новым умениям, экспериментировать с различными стилями отношений среди равных партнеров.

Консультирование в группах взаимной поддержки для инвалидов ставит своей целью помочь клиентам найти позитивное решение проблем, связанных с инвалидностью, научить инвалидов преодолевать барьеры, которые мешают инвалидам быть интегрированными в общество.

В процессе обмена опытом позитивного решения проблем, связанных с инвалидностью, в группе взаимной поддержки происходит формирование у инвалидов позитивных убеждений о возможности независимой жизни.

Казалось бы, чего проще - написать на доске основные положения независимой жизни инвалидов, выучить их наизусть.... Однако наши верования и убеждения о чем-либо весьма стойки.

Каждый человек имеет устойчивый набор представлений об окружающем его мире, своеобразную «модель мира». Наша модель мира отличается от действительности как карта, какой - либо местности отличается от территории, с которой эта карта была снята. Карта не всегда верна. На карте отображены не все объекты, существующие на местности, карта, в конце концов, может просто устареть...окружающий нас мир гораздо разнообразнее, чем наши представления о нем. Представления человека относительно каких - либо аспектов окружающей реальности, в силу различных обстоятельств, могут быть искажены. В частности о проблеме инвалидности и о возможности человека с инвалидностью реализовать себя в жизни.

Иногда мы меняем наши мнения о чем-либо без всякого сопротивления или сильных переживаний, но стоит кому-либо сказать, что мы не правы, как мы тут же возмущаемся и ожесточаемся. Мы невероятно беспечны в вопросе формирования своих убеждений, но проникаемся неоправданной страстью к ним, как только кто-то пытается их у нас отнять.

Кроме того, следует сказать о механизмах психологической защиты, которые являются способом оградить личность от травмирующих переживаний, защитить от восприятия угрожающего стимула. Психологическая защита может проявляться, как попытка игнорировать какую - либо информацию. Некоторые аспекты реальности, касающиеся проблемы инвалидности, самими инвалидами не всегда воспринимаются, и общение с людьми, имеющими аналогичную патологию, способно существенно расширить кругозор человека с инвалидностью.

Глава 3. Индивидуальное консультирование инвалидов

Инвалид - это человек, когда-то переживший или находящийся в состоянии прохождения личностного кризиса, связанного с инвалидностью. Существует много методов оказания психологической помощи людям, находящимся в кризисном состоянии. Взаимное консультирование - один из них. Взаимное консультирование инвалидов - это предоставление информации по вопросам, связанным с инвалидностью. Это беседа двух равных людей, один из которых имеет определенный опыт жизни с инвалидностью и готов делиться этим опытом, а другой заинтересован в получении информации о возможном решении таких проблем.

В процессе консультирования один человек рассказывает другому по его просьбе о решении проблем, связанных с инвалидностью, опираясь на собственный опыт и опыт своих друзей и знакомых. Он помогает человеку исследовать его возможности и найти способ решения проблемы, поддерживает консультируемого в желании изменить свою жизнь к лучшему.

Взаимное консультирование содержит в себе элементы психологического консультирования и консультанту необходимо иметь определенные знания и навыки в этой области.

Психологическое консультирование широко применяется при оказании психологической помощи разного рода клиентам. Психологическая консультация - это профессиональная беседа психолога с лицом, обратившимся к нему за помощью для обсуждения какого-либо психологического вопроса или проблемы.

Предметом работы консультанта являются поведение, чувства, переживания клиента. Поведение - наиболее осознаваемая клиентом проблемная область. Клиенты обычно достаточно хорошо контролируют свое поведение, в то же время, осознавая его неадекватность отдельным социальным ситуациям.

Клиенты догадываются, что чувства - важная составляющая жизни, но ничего не пытаются сделать, чтобы ими как-то управлять. Одни клиенты экспрессивны и позволяют себе выражать чувства вовне, полностью подчиняя им свое поведение, другие постоянно подавляют свои чувства. В ситуации консультирования клиенту разрешено полностью и сознательно переживать все свои реакции, включая эмоции и чувства. Очень важно предоставить клиенту возможность преодолеть страх перед своими чувствами, позволить им течь легко и свободно.

Переживание в психологическом консультировании - это целостный опыт, включающий в себя познавательную, эмоциональную и поведенческую сферы. Неадекватность клиента часто проявляется в том, что он видит себя как жертву или чувствует внешнюю враждебность.

Психологическое консультирование - это всегда работа с сознанием клиента или увеличение осознанности переживаний: акцент делается на «познание» внешнего мира. Психологическое консультирование - это предоставление консультируемому возможности исследовать, выявить и раскрыть способы благополучно жить, используя для этого большие ресурсы.

Типы взаимодействий клиента и консультанта.

Взаимоотношения клиента и консультанта представляют два полюса; крайней точкой одного является максимальная несвобода клиента и его покорность воле консультанта; пассивное ожидание каких-то действий и готовых рецептов; на другом полюсе - клиент не несет полную ответственность за принятие решений, осуществляемых им самим в ясном сознании. Между этими крайними полюсами отношения между консультантом и клиентом могут складываться по-разному в зависимости от меры их сотрудничества, активности или иждивенчества клиента в процессе консультирования.

На первых этапах консультирования у клиента существует проблема самораскрытия; клиенту сложно говорить о содержании своей тревоги.

Препятствуют самораскрытию клиента следующие факторы:

- страх изменения. Бессознательно клиент боится, что наступит конец его «комфортному», хотя и проблемному существованию, к которому он притерпелся, и которое ему хорошо знакомо. Он испытывает страх перед необходимостью прилагать усилия для изменения себя и своего поведения;

- недоверие к консультанту, вызванное его жесткостью, давлением, неадекватно выбранным им типом взаимодействия или темпом работы;

- стыд перед открытием тех сторон своей личности или поведения, которые являются социально нежелательными или не соответствуют моральным требованиям, предъявляемым клиентом к себе. Стыд способствует дезорганизации поведения клиента.

Интенсивное раскрытие клиента может привести к дестабилизации его состояния и дезорганизации процесса консультирования; недостаточное раскрытие также непродуктивно, так как цель консультирования не достигается.

Процесс консультирования состоит из трех этапов.

Первый этап консультирования - установление эмоционального контакта с клиентом, рассказ клиента о себе. Очень важно, чтобы консультант с первых же мгновений расположил к себе клиента. Этому способствует улыбка, доброжелательные слова, доброжелательное выражение лица. Ни в коем случае не следует начинать беседу словами «что случилось», «какие у Вас проблемы». Оптимальное начало беседы может быть словами «Я Вас слушаю», «Чем могу быть Вам полезен», «Что привело Вас ко мне». Консультант помогает консультируемому рассказать о проблеме так, как он или она видит ее. Цель консультанта на этой стадии - понять истинную проблему клиента; мастерство консультанта проявляется во владении техниками «активного слушания», расспроса, подсказки.

Используя технику «активное слушание» покажите, что Вы, в самом деле, понимаете проблему и связанные с ней чувства (выделите это) не давайте оценок, и не критикуйте, будьте доброжелательны, открыты и честны. Часто и коротко повторяйте консультируемому то, что Вы от него услышали, задавайте «развернутые» вопросы (пересказывайте его слова, размышляйте, резюмируйте, расставляйте акценты).

При использовании техники расспроса важно придерживаться следующих правил:

- Вопросов не должно быть много, иначе консультация превращается в допрос.
- Вопрос должен быть уместным. Заданный не в свое время даже необходимый вопрос может помешать клиенту, прервать его речь, нарушить эмоциональный настрой.
- Зондирующие вопросы (вопрос-просьба, вопрос-утверждение) должны быть в русле проблемы клиента, иметь отношение к процессу помощи клиенту.
- Консультант должен фокусировать вопросы на конкретной проблемной ситуации - кто, что, где, когда, как, зачем. Клиент познает влияние тех или иных событий на его жизнь последовательным их перебором и анализом.

Важным умением консультанта является «подсказка». Подсказка - это вербальная тактика помощи клиенту, когда он затрудняется говорить о себе, определить свою проблему более конкретно.

Подсказка может быть двух видов:

- акцент, когда консультант из предыдущих ответов подчеркивает, выделяет несколько слов и фраз;
- просьба повторить или рассказать подробнее, если консультант хочет что-то прояснить.

Второй этап консультирования (формулировка проблемы клиента).

Задача, которую решает консультант на этой стадии - понимание принципов поведения клиента, его установок и мировоззрения. Один из важнейших принципов консультирования заключается в том, что консультант должен критически воспринимать понимание проблемы клиентом. Часто клиенты считают, что в их проблемах виноваты какие-то другие люди: «виноват муж», «виноват врач», «надо, чтобы изменились родители».

Например, дочь просит научить ее «управлять» поведением своей матери. Помня о принципах невмешательства в жизнь клиента, свободы и ответственности клиента за свою жизнь, консультант не должен «выполнять» такие «заказы».

Далее консультант постепенно в диалоге подводит клиента осознанию его истинных мотивов и проблемы, возникающей в связи с этим. На этом этапе консультируемому помогают посмотреть на свою проблему с другой стороны и подумать, как он может справиться с ней. Консультант предоставляет информацию о возможных способах решения проблемы, делится собственным опытом. Консультант может говорить о своих чувствах и отношении к проблеме. Консультант помогает клиенту определить цель.

Эта стадия завершается принятием клиентом переформулированной проблемы. При переформулировке проблемы следует учесть, есть ли у клиента возможность ее решения; если такой возможности нет, то лучше проблему сузить или определить ее заново, или ввести в более широкий контекст. При сообщении клиенту переформулированной проблемы следует избегать отрицательных определений; необходимо ориентироваться на позитивное определение.

Третий этап консультирования (побуждение клиента к активному решению проблемы, исходя из собственных ресурсов).

Консультируемому помогают выяснить, как надо строить планы и корректируют его действия. Клиент, начав действовать, может столкнуться с трудностями и вновь может обратиться к консультанту. На этом этапе основная задача консультанта - «предоставление пространства» клиенту для самостоятельного нахождения выхода из проблемной ситуации. Очень важно удержаться от искушения давать советы. Необходимо, чтобы клиент самостоятельно нашел решение проблемы.

Консультируемому помогают составить план действия и корректируют его действия, оказывают ему моральную поддержку, когда он начнет действовать.

Взаимная поддержка содержит в себе многие элементы психологического консультирования. В принципе, инвалид может получить образование, стать психологом, оставаясь при этом инвалидом. Однако, работая с инвалидом, как консультант по взаимной поддержке, ему, следует применять соответствующие методы работы, которые несколько отличаются от традиционного психологического консультирования.

Взаимное консультирование это беседа людей с равноценным опытом; и консультант, и человек, который временно находится в роли консультируемого, имеют одинаковый статус. Они оба инвалиды, часто они сталкиваются с одинаковыми проблемами, и, как сказал поэт, они оба знают «сколько весит отчаяние и какого цвета надежда».

Консультирование - добровольный процесс, и консультируемый сам определяет, на каком уровне он будет общаться с консультантом. То есть в процессе консультирования могут обсуждаться самые разные вопросы, начиная от бытовых проблем до вопросов личной жизни, и консультируемый сам решает какие вопросы, он хотел бы обсудить.

Хотя у консультантов довольно широкая подготовка, они не «профессионалы». Они, прежде всего люди, которые имели подобные переживания, и поэтому смогут легко понять эти чувства у других. То есть в процессе консультирования консультант может сослаться на свой опыт и чувства, которые он испытывал или испытывает в той или иной ситуации.

При консультировании даются не советы, а специализированная информация, которая отвечает потребностям инвалидов и их семей.

В основе индивидуального консультирования лежит утверждение, что все люди - инвалиды и не инвалиды - имеют право контролировать свою жизнь и самим принимать решения обо всем, что их лично касается.

Чем больше консультант разбирается в практической психологии, тем лучше, тем больше он приближается к профессионалу. Однако есть какой - то минимум знаний и навыков, который позволяет инвалиду - консультанту быть эффективным и приступить к работе.

Необходимые навыки консультирования и поведение консультанта

Необходимые навыки	Правильное поведение	Неправильное поведение
Приобретение доверия	Элементарная вежливость. Понимание человека. Дружелюбие.	Замечания, которые могут задеть человека или заставить недооценивать себя. Враждебность. Прекращение беседы. Демонстрация скуки или нетерпения. Снисходительность или покровительственное отношение.
Принятие	Пересказ и рассуждение. Сконцентрируйтесь на чуЕютвах .	Неправильный пересказ Неверные выводы.
Понимание Личности	Раскрытие личности.	Противоречивость ваших вербальных и невербальных сообщений Не давайте оценок!
Навыки слушания	внимательно слушайте.	Отвлекаться, проявлять скуку или враждебность, вертеть посторонние предметы, смотреть на часы.
Невербальные	Делайте невербальные подсказки. Установите визуальную поддержку с говорящим. Кивайте головой Сидите наиболее «открыто» по отношению к говорящему.	Перебивать клиента, когда он говорит или даже если он молчит, менять тему беседы . Принимать непоследовательности.
Вербальные	Задавайте вопросы или комментарии, которые помогут говорящему сосредоточиться на том, что он хочет сказать. Делайте словесные подсказки. Препятствуйте непоследовательности. Задавайте развернутые вопросы. Акцентируйте внимание на том, что сказал клиент. Рассуждайте.	Задавать «закрытые» вопросы Высказывать преждевременные предположения или интерпретации.
Навыки по исследованию и выявлению проблемы	Подталкивайте говорящего от общего к специфическому и от смутного к конкретному. Выясните ключевые, знаковые слова и выражения говорящего. Резюмируйте, проверяйте свои выводы, ставьте задачу.	Обобщения или неясность, безапелляционная оценка. Преждевременные выводы. Нельзя задавать несколько вопросов одновременно, использовать жаргон или незнакомые слова. Не перескакивайте с одной мысли на другую.

Консультантам необходимо иметь собственный опыт решения проблем связанных с инвалидностью, знать философию независимой жизни инвалидов, знать принципы психологического консультирования. Консультантам необходимо сотрудничать, с профессиональными психологами, психотерапевтами и знать, кому можно «переадресовать» клиента с определенной проблемой. В случае таких явлений, как тяжкое оскорбление, угроза насилия, суицида, а также пребывание клиента в агрессивной среде без колебаний следует обращаться к специалистам.

Основная цель работы консультанта - помощь в прохождении через кризис инвалидности, и поэтому нецелесообразно углубляться в межличностные проблемы клиента и в другие области, требующие от консультанта специальных знаний. Будет лучше оставить эту работу профессиональным психологам и психотерапевтам.

Консультант - инвалид наиболее эффективен в работе с клиентом с инвалидностью, когда он действует как ролевая модель, то есть рассказывает о собственном опыте решения проблем. Чем более он «похож» на клиента по патологии, тем лучше для консультирования, тем актуальнее для клиента его опыт.

Индивидуальное консультирование инвалидов в разных странах решает разные проблемы. В Америку - это отстаивание своих прав в суде, страховка, законы. В России - вопросы получения льгот, создание безбарьерной среды, вопросы образования, трудоустройства. Тем не менее, психологическое содержание кризиса инвалидности у людей в разных странах, у богатых и бедных одинаковое.

Наиболее часто обсуждаются проблемы, связанные с потерей того, чем человек обладал до инвалидности, депрессия, одиночество, отношения с другими людьми, сексуальность, необходимость уйти от родителей, проблемы благосостояния, сложности скрытой формы инвалидности, злость, привыкание к тому, что ты инвалид.

Не существует однозначных критериев эффективности консультирования. В то же время достоверным признаком успешно проделанной работы является появление у клиента способности выйти за пределы привычного для него круга проблем и осознать свои новые переживания и возможности.

Ниже мы приводим пример консультирования из опыта Лиз Поттер, консультанта по проблемам инвалидности (г. Дербишир, Англия).

«У человека, обратившегося ко мне за консультацией, прогрессирующая форма инвалидности. Он очень сильно настроен против медиков, которые несколько не помогают ему, он не знает, что ему дальше делать и к кому обратиться. Он впадает в депрессию, оттого, что положение кажется ему безнадежным. Его дом совершенно непригоден для инвалида - ни снаружи, ни внутри. Он боится, что не сможет водить машину, и убежден, что теперь потеряет работу, потому что она требует от него активности. И теперь он лишится своего дома, потому что за него нечем будет платить. Он говорит об аренде дома у местных властей, но поскольку он уже однажды покинул такой дом, он боится, что больше ему его не предоставят. Он предупредил меня, чтобы я не говорил с ним об инвалидных колясках, костылях и других приспособлениях, и я избегал этого в течение всего курса консультирования. Он не получал никаких пособий по инвалидности, но считал, что не может претендовать на них. Боялся, что больше не сможет заниматься своим хобби. Поэтому он чувствует себя одиноким, ему кажется, что все, с кем он об этом говорит, его не понимают. Все это и еще многое другое он рассказал мне на нашей первой встрече.

Для начала я сказал ему, что он вполне вправе злиться на ситуацию, в которой оказался. Я выслушал его без всякого одобрения или неодобрения, показывая ему, что это мне не надоедает.

Мы рассмотрели несколько вариантов выхода из этой проблемы: получение государственной материальной помощи для аренды и оборудования дома, оборудование машины ручным приводом, перевод на более легкую работу в той же компании (он был слишком гордым для того, чтобы даже думать об этом).

Однако, поскольку этот человек хотел изменить ситуацию, в которой он находился, он приложил для этого много усилий, и именно в этом состоит суть консультирования. Он получил новые водительские права, ему посоветовали поменять машину с ручной коробкой передач на машину с автоматической коробкой и ручным управлением. Это он сделал без колебаний и вскоре вполне приспособился.

Ситуация с работой была сложнее. Он долго думал над ней и решил, пересилив свою гордость, поговорить с начальством и попросить работу полегче (он очень боялся, что его уволят, когда он признается в своих трудностях). Он очень удивился, убедившись в том, что все не так страшно и получил работу в той же фирме. Он написал заявление о предоставлении транспортных льгот и немедленно получил их. Сначала он чувствовал себя виноватым, но потом подумал и решил, что он имеет на это право.

Он нуждался в совете по поводу своего дома, понимая, что вполне возможно иметь «доступный» собственный дом или арендовать подходящее жилье в рамках специальной программы. Он много размышлял об этом, и, поскольку, имея работу, был уверен в своих силах, решил продать свой старый дом и купить себе дом поменьше. Это заняло много времени и сил, но, в конце концов, это удалось, и теперь живет в новом доме. Сейчас он уже спокойно может говорить о том, чтобы начать использовать инвалидную коляску.

Во время сеансов консультирования мы обсудили много проблем, было много эмоций и чувств, но он снова стал уверенным в себе и вполне счастливым человеком. Я надеюсь, что однажды он тоже станет консультантом. Он сказал мне, что больше всего ему помогла уверенность в том, что его понимают. Он уже устал объяснять свои проблемы людям, которые ничего подобного не испытали».

Критерий успешности индивидуального консультирования по проблемам инвалидности проявляются в том, насколько улучшилось взаимодействие инвалида с окружающей средой (материальной и социальной).

Консультирование можно считать удачным:

- когда клиент становится уверенным в себе и может изменить неблагоприятную ситуацию;

- когда клиент меняет взгляд на свою проблему и достигает того, что раньше казалось ему невозможным;

- когда клиент принимает тот факт, что его жизнь станет другой.

Продолжительность сеанса консультирования, как правило, не превышает одного часа. Однако консультирование может занять и несколько минут. Такое обычно происходит при консультировании по бытовым проблемам.

Консультирование может продолжаться в себе один сеанс или занимать несколько сеансов, это зависит от того, сколько проблем нужно обсудить. В случае прогрессирующей инвалидности человеку требуется дополнительное или даже повторное консультирование.

Консультирование может происходить как в специальном кабинете, так и в любом другом месте, где можно уединиться и быть уверенным, что никто вам не будет мешать.

Подготовка консультантов

В зарубежных странах консультантов обычно готовят на специальных семинарах. Например, в Англии, в Центре интегрированной жизни инвалидов г. Дербишир семинары для консультантов ЦИЖ проходят в группах по 12 человек. Основной курс состоит из двух этапов - начального и продвинутого. Каждый этап состоит из четырех или пяти однодневных сессий, проходящих в течение четырех - пяти недель. После окончания начального этапа каждый участник семинара оценивается и в зависимости от результата продолжает курс или отсеивается.

Дальнейшее тестирование будущих консультантов проводится уже по окончании продвинутого этапа, перед тем, как он или она приступает к практическому консультированию.

Ведущими семинаров являются опытные консультанты, которые в свое время участвовали в них сами. Тренинг включает в себя небольшую теоретическую подготовку, но главное внимание уделяется экспериментам по обмену опытом и чувств по поводу своей инвалидности участников.

Задача семинара - помочь консультантам иметь дело с болезненными вопросами и проблемами, с которыми обычно приходят в центр клиенты, и не позволить консультантам руководствоваться в работе своими эмоциями.

После прохождения основного курса консультант может участвовать в дальнейших тренингах, которые позволят ему развивать свои навыки по каким-либо конкретным проблемам, например, сексуальности, тяжелой утраты и так далее. Консультанты также обучаются на семинарах по различным подходам и технике консультирования.

В России обычно в качестве консультантов для взаимного консультирования привлекают инвалидов, проявляющих социальную активность. В подготовке консультантов принимают участие профессиональные психологи, которые совместно с опытными инвалидами - консультантами проводят семинары и тренинги.

Глава 4. Телефонное консультирование инвалидов

Телефонная психологическая помощь возникла около 50 лет назад. В настоящее время независимо от модели консультирования, при телефонном консультировании используют одну форму работы - диалог как основной способ человеческого общения. Истинный диалог - это тот, что основан на принятии другого «Я» во всей его уникальности и готовности выслушать и ответить ему. Поэтому основная цель телефонного консультирования - восстановление надежды, поиск «дороги к выходу».

Главной стратегией работы консультанта является консультирование клиента по поводу принятия конструктивного решения в проблемной ситуации. Задача консультанта состоит в том, чтобы помочь клиенту осознать альтернативные возможности его поведения, помочь человеку стать более творческим и гибким.

При телефонном консультировании, как правило, применяется четырехэтапная модель консультирования

1. Создание отношений.

Лучше всего этого можно достичь дружелюбием и передачей своего чувства озабоченности и способности помочь. Помните, что ваш голос - единственный способ передать эти чувства. Как вы говорите, не менее важно, чем-то что вы говорите.

2. Прояснение и определение ситуации.

Консультант слушает и помогает клиенту объяснить свое положение, использует навыки общения - отражение и сопереживание. Здесь важно понять чувства клиента и отношение к проблеме. Это помогает вам разобраться, как они связаны с этой ситуацией. На этом этапе вы работаете как помощник и организатор: следует помочь клиенту разложить все по полочкам, чтобы он смог приступить к решению своей проблемы. Весьма действенно на этом этапе установить цели звонка - и клиенту, и консультанту. Цели эти должны соответствовать тому, чего каждый из вас может ожидать от другого, и что клиент хочет получить в результате звонка.

3. Исследование возможностей

Когда консультант и клиент почувствуют, что положение полностью объяснено, а чувства клиента до конца исследованы, можно перейти к обсуждению различных возможностей, затронутых в разговоре. Важно обсудить все возможные выходы и альтернативы, даже невероятные и нежелательные. Следует всесторонне рассмотреть каждый вариант, чтобы облегчить клиенту принятие решения, которое лучше всего отвечало бы его нуждам, желаниям и ожиданиям.

4. Завершение.

На этом этапе важно пройти по всем предыдущим этапам и проверить развитие. Старайтесь разглядеть, не осталось ли что-нибудь без внимания, может быть, что-либо не рассмотрено полностью. Завершенность здесь очень важна, чтобы составить верную картину и очертить рамки для обеспечения реальных решений. Вполне вероятно, что на этом этапе будет очень тревожно. Работайте с тревогой и с любой возникающей проблемой. Не бойтесь вернуться на несколько шагов назад, на предыдущие стадии и начать сначала, с другой проблемой. Обсудите с клиентом его планы и то, как он собирается их выполнять. Надо как следует понимать, как вы завершите разговор. Остался ли клиент в том же положении, что и в начале разговора или на новой, более высокой ступени, где он научился решению затронутых проблем.

Особенности телефонного консультирования.

Пространственные особенности. Телефонная связь предоставляет возможность общения людям, находящимся на большом расстоянии друг от друга.

Временные особенности. Обратившийся может практически мгновенно соединиться с телефонным консультантом. Абоненту предоставляется возможность вступления в контакт в удобное для него время.

Анонимность. Контакт по телефону позволяет клиенту быть анонимным, что для многих обратившихся является крайне важным.

Возможность прервать контакт. Телефонный контакт предоставляет клиенту возможность в любое время прервать беседу - для этого достаточно положить трубку. Выйти из контакта на очном консультировании гораздо труднее. Возможность управлять контактом с консультантом крайне привлекательна для тех, кто чувствителен к психологической безопасности.

Эффект вербализации. Общение по телефону осуществляется по единственному аудиальному каналу. Вербальный характер телефонной коммуникации обуславливает проговаривание клиентом переживаемой ситуации, планов, намерений. Это способствует аффективному реагированию, снижает чувство тревоги - все это помогает интеллектуальному овладению абонентом травмирующей ситуацией, формированию ее реалистического принятия и перехода к конструктивной позиции. Эффект вербализации позволяет с большей последовательностью и внутренней организованностью, логически изложить проблему консультанту.

Эффект присутствия. Хотя клиент и консультант находятся на большом расстоянии, в определенном смысле они находятся рядом, их голоса звучат в непосредственной близости. Это способствует формированию доверительной беседы, облегчает включение в обсуждение глубоко личных, интимных проблем.

Есть специальные принципы, которых необходимо придерживаться в процессе телефонного консультирования:

- следи за своей позой во время разговора;
- посмотри на себя со стороны;
- постоянно прислушивайся к себе, рефлектируй;
- задавай себе вопросы о своих чувствах;
- в случае агрессии и возмущения сразу отразите: «Вы разочарованы, обижены?», «Вы разозлились на меня?»;
- «встань на одну волну», присоединитесь к темпу речи, ритму дыхания, тональности голоса;
- равноправие;
- безоценочный подход;
- не подвергать сомнению слова и чувства клиента;
- не имеет смысла обсуждать проблемы третьего лица;
- режим доверия и взаимопонимания постоянно;
- смиритесь с собственным несовершенством;
- всем помочь нельзя;
- признайся, что тебе страшно, и это естественно;
- помни - это его (клиента) проблема!
- вера в человека, в его силу;
- самоопределение клиента;
- больше такта - берегите самолюбие клиента;
- говорите о чувствах клиента;
- поощряйте эмоции;
- подтверждайте справедливость высказываний;
- «ремонтируйте только то, что сломалось»;
- никто никому ничего не должен;

- не навреди!

И, конечно, важно умение слушать, ведь любой разговор начинается с выслушивания.

1. Слушай активно:

- вначале слушай не слова, а голос, дыхание, интонации;
- составь психологический портрет;
- встань на одну волну с абонентом по высоте голоса, по дыханию, темпу речи;

2. Слушай слова:

- если разговор идет с трудом, применяй «эхо» (повтор);

3. Активно задавай вопросы:

- собирай информацию;
- уточняй;
- исключай обобщения: «Все ли?», «Всегда ли?»;
- стимулируй клиента описывать процесс: «Как все произошло?», «Как вы это поняли?»;
- выясни мотивацию: «Зачем Вам это нужно?»;
- резюмируй сказанное: «То есть?», «Правильно ли я понял, что...»;

Взаимное консультирование инвалидов по телефону имеет свои, специфические, особенности.

- Также как и при очном консультировании, консультант может сослаться на свой опыт решения проблем связанных с инвалидностью.

- Консультант, если сочтет нужным, может не соблюдать принцип анонимности, позволяя клиенту, если он этого, хочет быть анонимным

- при консультировании даются не советы, а специализированная информация, которая отвечает потребностям инвалидов и их семей.

При консультировании с домашнего телефона консультант сам устанавливает, в какое время клиент может ему звонить и определяет продолжительность консультирования.

Консультантам необходимо иметь собственный опыт решения проблем связанных с инвалидностью, знать философию независимой жизни инвалидов, знать принципы телефонного консультирования.

Консультантам необходимо пройти соответствующую подготовку, сотрудничать с профессиональными психологами, психотерапевтами и знать, кому можно «переадресовать» клиента с определенной проблемой.

Глава 5. Формы и методы групповой работы с инвалидами

История групповой психотерапии уходит своими корнями в 1940-е годы, когда ее впервые начали применять. С тех пор групповая психотерапия претерпела целый ряд изменений, адаптируясь к меняющимся условиям терапевтической практики. По мере того как появлялись новые формы работы и теоретические подходы, соответственно изменялась и практика групповой терапии. Многообразие ее форм сегодня столь очевидно, что правильнее будет говорить не о групповой терапии, а о многих групповых терапиях.

Групповая терапия чрезвычайно популярна во многих странах. По данным исследований 40% американцев в возрасте от 18 лет и старше регулярно посещают те или иные группы, в которых получают заботу и поддержку. В России ряд организаций проводят для инвалидов группы взаимной поддержки.

Группы взаимной поддержки относятся к одной из разновидностей групп встреч (группам самопомощи) и направлены на осознание внутриличностных и межличностных проблем. Цели групп самопомощи во многих отношениях аналогичны целям групповой терапии. И те и другие группы существуют с целью оказывать психологическую помощь. Участникам помогают справиться с психологической проблемой, физическим заболеванием, сильным внешним стрессом или позорным статусом в обществе (статусом, например, «коротышки», «жирного» и т. п.).

Своими глубочайшими корнями движение самопомощи уходит не в групповую терапию или движение групп встреч, а в находящую отклик у множества людей христианскую идею помощи ближнему. Безусловно, именно эта традиция в сочетании с отсутствием эффективных медицинских альтернатив породила общество «Анонимных алкоголиков» и все последующие разнообразные общества самопомощи - все эти группы появились как реакция на одни и те же социальные условия и потребности.

Между процессом в группе самопомощи и процессом в терапевтической группе имеется много общего, однако есть и несколько существенных различий. Группа самопомощи активно использует почти все терапевтические факторы групп встреч — в особенности факторы альтруизма, сплоченности, универсальности переживаний и также направлена на осознание клиентами внутриличностных и межличностных проблем. Движение самопомощи выступает в какой-то степени в качестве альтернативы, конкурирующей с системой службы психического здоровья. Однако замечено, что участники групп самопомощи с большей частотой, чем люди, не охваченные этим движением, включаются и в психотерапию. Кроме того, несколько обзоров, сделанных на материале обследований групп самопомощи, показывают: группа взаимной поддержки, функционирующая под руководством непрофессионала, в чистом виде встречается редко. В США в работе подавляющего большинства групп самопомощи, так или иначе, принимали участие профессионалы, которые выступают в качестве ведущего, консультанта, преподавателя или участника - наблюдателя.

Работа группе самопомощи, строится на взаимной поддержке ее членов. Участник группы представляет свой случай, который группа обсуждает, помогая ему рационально осознать ее сущность. В процессе групповой работы проблема клиента снимается.

В основе группового процесса лежат принципы самоусовершенствования через развитие самосознания, которое должно привести к улучшению социального функционирования и принятию необходимых общественных норм.

Идеология групп самопомощи формируется на следующих основаниях:

- Люди с общей проблемой лучше могут понять и помочь друг другу.
- Группа - это эффективная среда, где оказывается помощь в самостоятельном решении проблем, вследствие чего происходит формирование чувства собственного достоинства.
- Совместное решение проблем дает ощущение уверенности в своих силах.
- Члены группы в процессе проигрывания проблем вырабатывают необходимые роли для успешного функционирования.

Эмпатическое общение в группе способствует самопомощи. Группа организуется на принципах поддержки и демократического участия.

Основные цели группы самопомощи можно представить в следующей последовательности:

- обеспечение принятия групповой принадлежности;
- обеспечение адекватного понимания всеми проблемы или состояния;
- обеспечение возможности для всех обсуждать проблемы, разделять чувства, осуществлять поиск решения поставленных задач;
- обеспечение возможности брать ответственность в группе;
- обеспечение возможности расширения группы самопомощи на ближайшее окружение.

Группы самопомощи в работе с инвалидами достаточно долго применялись в США. Особенно эффективны такие группы в работе с клиентами, имеющими задержки в психическом развитии, с дебилами, олигофренами, то есть с людьми, дееспособность которых ограничена.

Обладая всеми признаками, свойственным группам самопомощи, группы взаимной поддержки для инвалидов в тоже время имеют определенные качества, которые позволяют говорить об этой коррекционной групповой работе отдельно.

Группы взаимной поддержки для инвалидов стали возникать в США в 70-х годах в процессе развития движения инвалидов за свои права и в настоящее время широко распространены во всем мире. Участие в группах взаимной поддержки являются неотъемлемой частью процесса реабилитации инвалидов в США и в ряде других стран. Американцы первыми стали использовать групповую терапию для формирования у инвалидов установки на независимую жизнь.

Возникновение и распространение групп взаимной поддержки для инвалидов в России тесно связано с движением за независимую жизнь инвалидов. Ряд общественных организаций инвалидов в рамках семинаров по независимой жизни начали проводить группы поддержки для инвалидов.

До этого традиционно психологическая помощь в России оказывалась инвалидам на основе медицинского подхода к пониманию проблемы инвалидности. В работе с инвалидами психологи и по сей день применяют те же методы работы, что и с клиентами, не имеющими инвалидности. Традиционные методы психосоциальной работы с инвалидами нацелены в основном на улучшение психического здоровья людей с инвалидностью, живущих в условиях дискриминации и сегрегации, и мало способствуют возникновению у инвалидов желания жить полноценной жизнью. Одной из задач психологической работы с людьми, имеющими инвалидность, является принятие ими нарушений, связанных со здоровьем, и приобретение внутренней свободы в рамках этих ограничений. Группы взаимной поддержки способствуют максимальному расширению границы возможного для инвалидов и нацелены на их полную интеграцию в общество.

Группы взаимной поддержки ориентируют инвалидов на полноценную жизнь в обществе, на борьбу против дискриминации и сегрегации во всех сферах, на изменение социальных условий, не позволяющих инвалидам свободно передвигаться, учиться, работать.

Группа взаимной поддержки, в которой не уделяется должного внимания независимой жизни инвалидов, работает как традиционная группа самопомощи - целью такой группы является стабильное психическое здоровье человека с инвалидностью в условиях дискриминации и сегрегации.

Критерием успешной работы группы взаимной поддержки для инвалидов, прежде всего, является изменение поведения ее участников; инвалиды, участвующие в группах взаимной помощи начинают активно взаимодействовать с окружающей средой. Мы наблюдаем как инвалиды, просидевшие в «четыре стенах» много лет после участия в группах начинают передвигаться по городу, поступают учиться, находят работу. Участие в группах взаимной поддержки также способствует улучшению эмоционального состояния инвалидов, улучшает их психическое здоровье.

Технология групп взаимной поддержки требует, чтобы участники делились преимущественно своим личным опытом решения проблем, связанных с инвалидностью; такая информация усваивается другими участниками группы на всех уровнях, при этом участники группы имеют возможность видеть, чувствовать состояние говорящего. Информация, имеющая отношение к состоянию говорящего, часто передается помимо сознания.

Непосредственная передача позитивного опыта решения собственных проблем, связанных с инвалидностью - уникальный феномен, способный в короткие сроки формировать установку на независимую жизнь в обществе у участников групп взаимной поддержки. Информацию, полученную таким образом трудно отрицать, она усваивается на бессознательном уровне, несмотря на возможное сопротивление клиента

Участники групп получают информацию о возможности решения многих проблем, которые ранее казались им неразрешимыми; это уменьшает тревожность, вселяет надежду, вызывает энтузиазм, иногда эйфорию. Полученная во время тренинга информация оказывает влияние на глубинные уровни личности клиента с инвалидностью, под влиянием ее происходит активизация работы подсознания, перераспределение энергии жизненных сил, инвалид самостоятельно «перерабатывает» информацию, как правило, находясь в состоянии транс, как в группе, так и за ее пределами.

Опыт участия в группе взаимной поддержки для инвалидов и переживания, сопровождающие кризисное состояние, вызвано инвалидностью, имеют большое сходство. Однако критический опыт, полученный в группе поддержки, является сжатым во времени: те внутренние события, которые при естественном прохождении кризиса разворачиваются в течение нескольких лет, в опыте контролируемого пространства группы поддержки разрешаются в течение нескольких недель.

Такой опыт участия может явиться для инвалида «кризисом в миниатюре». Правильно организованный контроль и поддержка переживаний способствует формированию направления жизненных ресурсов инвалида в сторону скорейшего разрешения этого миникризиса к окончанию работы группы. Участвуя в группе, инвалид получает импульс, определяющий направление его последующей адаптации, которая в дальнейшем протекает уже без нашего участия.

Основные принципы группы взаимной поддержки для инвалидов.

1. Цели группы взаимной поддержки - обеспечить безопасную, комфортную и поддерживающую обстановку для обмена опытом, идеями, мыслями.
2. Группы поддержки базируются на конфиденциальности. Все что, обсуждается на группе, не выносится за пределы группы.
3. Каждый участник уважает право других на выражение их мнений и убеждений.
4. Каждый участник, который делится своим опытом, помнит, что время ограничено и другие участники также должны получить возможность высказаться.
5. Цель группы поддержки - найти позитивное решение проблем, связанных с инвалидностью.
6. Мы здесь для того, чтобы общаться с людьми, которые делятся своим опытом и своими затруднениями.
7. Мы здесь для того, чтобы оказать помощь и поддержку другим людям, оказавшимся в похожей ситуации.

Правила работы группы взаимной поддержки для инвалидов:

Обсуждаемая тема должна касаться инвалидности и содержать в себе проблему.

Участники преимущественно рассказывают о своем опыте.

Каждый из участников имеет право на молчание.

Говорить могут все по желанию.

Не перебивать других.

Не критиковать.

Все говорить в центр группы.

Динамика групп взаимной поддержки для инвалидов.

Каждая группа взаимной поддержки проходит в своем развитии собственный уникальный путь. В процессе работы участники начинают проявлять себя, каждый из них приносит в группу свое понимание обсуждаемых проблем, свой жизненный опыт. Участники начинают испытывать определенные чувства по отношению друг к другу, к ведущему. Во всех группах также действуют определенные общие групповые силы, которые влияют на ход развития групп и задают его схему. Существуют определенные фазы развития группы. Групповой процесс всегда начинается со стадии зависимого и исследующего поведения и через развитие внутригрупповых конфликтов приходит к сплоченности группы и эффективной работе по решению проблем. На ранних стадиях развития группы участники испытывают стремление к включению в ситуацию: начинает формироваться чувство принадлежности к группе и возникает желание устанавливать отношения с другими участниками. Позднее вперед выдвигается потребность в контроле: проявляется соперничество и стремление к власти, участники ведут борьбу за лидерство. Наконец, на стадиях зрелости группы доминирует потребность в привязанности: участники устанавливают более тесную эмоциональную связь друг с другом, на первый план выступают вопросы привлекательности, партнерства, близости.

Для первых занятий характерны ощущение неуверенности из-за отсутствия структуры. «Зачем пришли, что будем делать, как меня и мои проблемы воспримут окружающие» - думают инвалиды. Для того чтобы члены группы смогли начать анализировать значимые для них проблемы они должны быть уверены в их, безусловно положительном принятии со стороны остальных членов группы.

В любой вновь сформированной группе перед участниками встают две основные задачи. Во-первых, им надо определить метод выполнения своей первичной задачи — т. е. достижения цели, ради которой они вступили в группу. Во-вторых, они должны заняться своими социальными взаимоотношениями в группе — т. е. создать для себя нишу, которая не только обеспечит комфорт, необходимый для выполнения первичной задачи, но и даст дополнительное удовлетворение, проистекающее от чистого удовольствия участия в группе. Вместе с этим участники примеряются друг к другу и к группе в целом. Каждый ищет для себя такую роль, которая обеспечит ему благополучное существование в группе, и задается вопросом, будут его любить и уважать или игнорировать и отвергать. Участники добиваются одобрения, принятия, уважения или доминирования.

Участники определяют для себя, какие типы поведения являются в группе желаемыми и одобряемыми, скрыто и явно участники смотрят на ведущего, ждут от него структуры, ответов на вопросы, а также одобрения и принятия. Многие комментарии в группе или предзнаменуются ведущему или направляются через него; участники, демонстрируя поведение, которое в прошлом завоевывало одобрение фигур авторитета, исподтишка бросают на ведущего вопросительные, ищущие одобрения взгляды. Комментарии ведущего, тщательно исследуются на предмет указаний по поводу желательного и нежелательного поведения в группе.

Содержание и коммуникативный стиль начальной фазы относительно стереотипны и ограничены. Участники группы на начальном этапе обсуждают, как правило, бытовые проблемы, ищут поддержки. Поначалу группа может бесконечно обсуждать тему, по сути своей не представляющую интереса ни для кого из участников; однако «бытовые темы», однако, выступают в качестве инструмента первых межличностных исследовательских вылазок. Например, участница узнает, кто на нее реагирует с симпатией, кто разделяет ее взгляд на вещи, кого надо опасаться, кого уважать. Постепенно у нее складывается представление о роли, которую она будет играть в группе.

На ранних стадиях работы группы инвалидов пленяет идея, что они не уникальны в своем несчастье, и участники большинства групп вкладывают значительную долю энергии в демонстрацию взаимного сродства. Этот процесс часто сопровождается существенным облегчением состояния участников и частично закладывает основание сплоченности группы.

Предоставление и поиски советов — еще одна типичная характеристика начинающей работу группы: участники делятся в группе проблемами, связанными с инвалидностью, а группа пытается давать им советы в практическом разрешении этих проблем. Подобная помощь редко несет в себе что-то функционально ценное. Скорее, она выступает как способ выражения взаимного интереса и заботы. От ведущего в таких случаях требуется научить группу оказывать поддержку, рассказывая о своем личном опыте.

На второй стадии, стадии захвата позиций, интересы участников смещаются: от поисков принятия и одобрения, выражения преданности группе - к доминированию, контролю и власти. На этой фазе конфликтность присуща отношениям между участниками или между участниками и ведущим. Каждый старается прийти к такому уровню инициативы и власти, который является для него предпочтительным. Постепенно проступают контуры иерархии, контроля, устанавливается социальный порядок.

Поскольку правила работы группы препятствуют борьбе за доминирование, их начинают нарушать.

Участники начинают перебивать друг друга, занимают слишком много времени, рассказывая о своем случае, проявлять агрессивность по отношению друг к другу. Чаше звучат негативные комментарии и взаимная критика участников; то и дело кто-нибудь ведет себя так, будто имеет единоличное право анализировать поведение окружающих и судить их. Как и в первой фазе, участники дают друг другу советы, однако теперь уже в контексте иного социального кода: условности отброшены, участники чувствуют себя свободно и открыто критикуют поведение других. Выносятся суждения по поводу прошлого и настоящего жизненного опыта и стиля жизни окружающих. Это время высказываний типа «ты должен» и «тебе следует».

Группа взаимной поддержки для инвалидов не ставит своей целью глубокое исследование участниками своих личностных проблем, в группе исследуются проблемы связанные с инвалидностью. Правила работы группы «не советовать», «не критиковать» поощряют самораскрытие участников, способствуют созданию в группе доброжелательной, поддерживающей обстановки. Однако эти же правила сдерживают развитие группы: группа взаимной поддержки для инвалидов динамически развивается медленнее по сравнению с традиционными группами встреч.

Тем не менее, в группе взаимной поддержки для инвалидов происходят все те же процессы характерные для других видов групповой терапии, хотя они менее выражены. Участники выражают свое отношение друг к другу невербально, поддерживают друг друга, конфликтуют друг с другом, борются за власть, борются за лидерство, рассказывая о своем либо чьем - либо опыте решения проблем, связанных с инвалидностью.

Групповые нормы, структура группа взаимной поддержки для инвалидов позволяют вести такую группу непрофессионалу, в случае возникновения конфликта ведущему просто следует призвать участников выполнять правила группы. Борьба за власть является частью инфраструктуры любой группы. Эта борьба всегда присутствует, иногда затихая, порой тлея, а то и разгораясь в полную силу. Если в группе есть участники с сильной потребностью в доминировании, контроль становится главной темой дискуссии на первых собраниях. Затихшая на время борьба за власть часто принимает более открытую форму, когда к группе присоединяются новые участники, особенно такие, которые не «знают своего места» и, вместо того чтобы, в соответствии со старшинством, отдать дань почтения более опытным участникам, уже с самых первых шагов уверенно претендуют на доминирование.

Тем не менее, со временем в группе появляется лидер, каждый участник занимает свою социальную нишу, группа развивается, становится зрелой.

Третья стадия - развитие сплоченности. После предшествующего периода, характеризующегося конфликтом, группа постепенно объединяется в единое целое. Эта фаза характеризуется ростом разкрепощенности, взаимного доверия и самораскрытия. Основная забота группы на данном этапе - сближение. Для фазы сплоченности характерна высокая степень взаимной поддержки. На этом этапе обычно обсуждаются значимые для участников проблемы (личные, сексуальные).

Среди участников группы могут быть люди, находящиеся на разных стадиях прохождения кризиса инвалидности, и это проявляется в их поведении. Инвалид в процессе адаптации проходит последовательно через стадии отрицания, агрессивности, компромисса, депрессии и адаптации. Наблюдая поведение инвалида в группе и за ее пределами, мы можем предположить на каком этапе прохождения кризиса, обусловленного инвалидностью, он находится.

Социальная дезадаптация инвалидов является следствием застревания человека с инвалидностью на одной из выше указанных стадий. Участие в группах взаимной поддержки стимулирует переход на следующие стадии кризиса и может вызвать определенные реакции у людей с инвалидностью. Рассмотрим реакцию на участие в группах взаимной поддержки у людей, находящихся на разных стадиях кризиса инвалидности.

Инвалиды, находящиеся на стадии отрицания, считают, что инвалидность у них временная, надеются на скорое выздоровление, психологическое состояние у них неадекватно ситуации. Участие в группах взаимной поддержки способствует переходу на следующую стадию - стадию агрессии, проявлению чувства злости. Внешне это может проявляться в конфликтном поведении человека. Участие в группе способствует направлению агрессии в конструктивное русло - на барьеры, препятствующие независимой жизни.

Инвалиды, находящиеся на стадии агрессии, участвуя в группе, приходят к приятию ситуации, принимают себя как инвалида. Переход от стадии агрессии к стадии компромисса улучшает психологическое состояние человека.

Инвалиды, находящиеся на стадии компромисса, участвуя в тренинге, могут начинать испытывать чувство вины, за то, что когда-то отказались от целей, свойственным людям без инвалидности, например, от создания семьи, от социальной активности и т. д. Психологическое состояние человека может временно ухудшиться.

Инвалиды, находящиеся в стадии депрессии, участвуя в тренинге, получают поддержку, открывают для себя новые пути решения проблем, что способствует реструктуризации жизненных ресурсов в сторону дальнейшей социальной адаптации. Психологическое состояние человека улучшается.

Инвалиды, находящиеся на стадии адаптации, усваивают новую для себя информацию о возможности более качественной жизни, создают в группе атмосферу уверенности в возможности решения проблем, связанных с инвалидностью. Такие инвалиды помогают ведущему в проведении занятий, чувствуют себя значительными. Психологическое состояние человека улучшается.

В процессе участия в группе взаимной поддержки происходит развитие личности инвалидов, что подтверждается результатами исследований: тестированием, анкетированием, исследованием бессознательного участников. Возрастает способность человека принимать ответственность за значимые события своей жизни, наблюдается личностный рост людей с инвалидностью.

Основные понятия групп взаимной поддержки

Несмотря на то, что в психотерапевтических группах всех типов действуют одинаковые терапевтические факторы, характер их взаимодействия и значимость отдельных факторов может существенно варьироваться от группы к группе. Границы, проводимые между различными терапевтическими факторами произвольны. Все они взаимозависимы и не один не возникает и не действует в отрыве от других.

В группах взаимной поддержки для инвалидов наиболее значимы следующие терапевтические факторы: снабжение информацией, вселение надежды, универсальность переживаний, альтруизм.

Вселение надежды

Вселение надежды - краеугольный камень любой психокоррекционной работы. Надежда на то, что участие в группе способно изменить жизнь инвалида, нужна для того, чтобы привлечь клиента в группу и в дальнейшем удерживать его в ней. В группе взаимной поддержки для инвалидов есть возможность дать человеку надежду на то, что с инвалидностью можно нормально жить: свободно передвигаться, иметь собственную семью, работать, учиться, путешествовать и многое другое...

Многие инвалиды связывают все свои надежды на улучшение качества своей жизни исключительно с выздоровлением и склонны обсуждать на группе вопросы, связанные с лечением того или иного заболевания. Такие инвалиды делятся с участниками своими надеждами, ищут поддержки у других инвалидов, как во время занятий, так и за пределами группы. Это характерно для инвалидов, которые отрицают наличие у них инвалидности, пытаются решить свои проблемы медицинским путем.

«Медицинская» тема обычно обсуждается на первых занятиях группы по инициативе отдельных участников. Часто эта тема вызывает скептическую улыбку у инвалидов «со стажем». В группе не ставится цель, чтобы инвалид отказался от лечения, от надежд на выздоровление. Цель группы побудить человека начать активно жить с той патологией, какая у него есть на сегодняшний день. От ведущего группы требуется обеспечить, чтобы инвалиды делились своим личным опытом лечения заболевания, а не пересказывали информацию, полученную из других источников; в этом случае тема решения проблем инвалидности при помощи медицинского подхода в группе обычно затухает.

Ведущему следует привлекать внимание к положительным изменениям во взаимодействии инвалидов с окружающей средой. Если кому-то удалось получить работу, научиться что-то делать самостоятельно, обрести большую независимость во взаимоотношении с родственниками, то об этом стоит поделиться с группой. Обычно такую роль берут на себя инвалиды, имеющие определенный опыт независимой жизни; они спонтанно делятся своими впечатлениями с «новичками».

Универсальность переживаний

Многие участники групп полагают, что в своем несчастье они единственные в своем роде, что только у них бывают пугающие или неприемлемые проблемы, мысли, фантазии. Такое представление по сути своей верно, поскольку за плечами у инвалидов действительно необычный комплекс суровых жизненных испытаний и тяжелых стрессов.

Однако многим инвалидам по причине их крайней социальной изолированности присуще обостренное чувство собственной уникальности. Свойственные им затруднения в межличностном общении препятствуют возникновению глубоких личных отношений. В обычной жизни они не только остаются в неведении относительно аналогичных чувств и переживаний других людей, но и не пользуются возможностью довериться окружающим и, в конечном итоге, быть оцененными и принятыми.

В групповой работе, особенно на ранних стадиях, ослабление этого присущего участникам чувства собственной уникальности способствует формированию открытого стиля общения, как в группе, так и за ее пределами, способности принимать других людей.

Выслушав других членов группы, которые делятся чувствами, сходными с их собственными, инвалиды испытывают ощущения большего контакта с миром.

Снабжение информацией

Участники групп взаимной поддержки обмениваются информацией по различным проблемам, связанным с инвалидностью. Это могут быть вопросы, связанные с лечением, использованием различных приспособлений, решением бытовых проблем. Пожалуй, нет вопросов, связанных с инвалидностью, которые бы не обсуждались на группе. Ведущий группы

стимулирует участников делиться информацией о собственном положительном опыте решения проблем. Когда человек рассказывает о своем положительном опыте, мы видим, как он к этому относится, видим его эмоциональное состояние. Так устроена психика человека, что мы гораздо лучше усваиваем рассказ человека о своем личном опыте, чем его сообщения об опыте других людей.

Женщина 31 лет, передвигающаяся на инвалидной коляске и проживающая на четвертом этаже в доме без лифта, попросила рассказать о том, каким образом инвалиды спускаются с этажа, кто им выносит коляску. Девушка с инвалидностью, имеющая похожую проблему, поделилась своим опытом, как она ежедневно спускается ползком на первый этаж, где у нее хранится коляска и далее свободно передвигается по городу.

Женщина¹ с инвалидностью стала таким же образом решать свои проблемы с передвижением, стала лично ездить по организациям, добиваться, чтобы ей дали квартиру, и вскоре получила жилье на первом этаже. До этого она несколько лет не спускалась с четвертого этажа. Если бы кто-то, сам, не будучи инвалидом, рассказал ее, что оказывается можно просто ползать по ступеням, это бы вряд ли сработало. Если условно эффективность воздействия нашего рассказа о собственном опыте - 100 %, то эффективность нашего рассказа о чужом опыте - 20%, а порой вообще бесполезна и вызывает агрессию.

Ведущий группы, действуя, как искусный дирижер, руководит групповым процессом, и дает возможность всем участникам рассказать о своих победах и поражениях, о сомнениях и открытиях, о своем опыте решения различных проблем, так или иначе связанных с инвалидностью.

Ведущий группы периодически сам выступает в качестве ролевой модели и несет ответственность за формирование положительной установки о возможности независимой жизни у участников группы.

На одной из групп обсуждалась возможность трудоустройства инвалидов, и участники делились своим опытом поиска работы. Опыт у всех был негативный. В группе присутствовали молодые инвалиды, которые выказывали желание работать, но до сих пор ни разу не пытались работу найти. Ведущий группы, инвалид, имеющий богатый жизненный опыт, рассказал о своем опыте поиска работы, об отношениях с коллегами, о том, как его увольняли и как он снова находил работу... Ведущий сделал все, чтобы участники группы в большей мере запомнили и усвоили его рассказ о том, как ищут, находят работу и работают, чем рассказы, из которых следовало, что инвалиду работу найти нельзя.

Прямой совет

Прямой совет со стороны участников группы присутствует во всех терапевтических группах кроме групп взаимной поддержки для инвалидов. Желание давать советы - обычное явление на первых занятиях всех групп и, однако редко бывает, чтобы конкретное предложение по разрешению проблемы принесло какую-то непосредственную пользу. Косвенно, тем не менее, советы служат терапевтической цели - пользу приносит не содержание, а процесс совета. Совет подразумевает искреннюю заинтересованность и служит свидетельством этой заинтересованности.

Одно из правил групп взаимной поддержки для инвалидов - «не давать советов». В ряде методических пособий по ведению групп взаимной поддержки авторы объясняют установку «не давать советов» тем, что совет не всегда бывает, эффективен, а порою и просто вреден.

Совет о решении какой-либо проблемы менее эффективен, чем рассказ о собственном опыте решения той же проблемы. Инвалиды и без того слышат столько советов в своей жизни! Очередной совет редко что меняет в жизни, иногда вызывает агрессию, запускает механизмы психологической защиты, и информация не усваивается, игнорируется, забывается....

Группа, в которой происходит обмен собственным опытом решения проблем, связанных с инвалидностью более эффективна группы по «раздаче советов».

Если кто-то из участников искренне просит дать ему совет, настаивает на этом, следует предложить ему обсудить проблему после окончания группы, уже вне ее рамок, с тем из участников, кому оно доверяет.

Альтруизм

В группе взаимной поддержки принимают участие только те инвалиды, которые готовы оказывать поддержку другим людям, оказавшимся в похожей ситуации. Многие инвалиды, жалующиеся на чувство бессмысленности существования, пребывают в состоянии психологической погруженности в самого себя, что приобретает формы навязчивого самокопания или иступленных попыток само реализовать.

Сам факт того, что мы можем помочь кому-то, когда мы выходим за рамки самих себя, когда мы забываем самих себя и погружаемся в кого - то (или что-то) вне нас дает нам возможность приобрести новый взгляд на самих себя и окружающий мир.

Основные процедуры

Ведущий групп взаимной поддержки пытаются помочь членам группы «сотворить» значимый эмоциональный опыт, используя целый комплекс различных методик и упражнений. Для успешной работы группы ведущий должен создать атмосферу доверия и близости, демонстрируя свою собственную способность доверять и рисковать.

На первом занятии ведущий рассказывает о работе группы поддержки для инвалидов, объясняет правила работы группы, призывает участников быть открытыми, внимательными к чувствам других людей. Далее участникам предлагается обсудить какую либо тему, например: «Какие проблемы создает мне моя инвалидность». В дальнейшем участники предлагают темы для обсуждения сами. Кто-то может попросить рассказать, как получить льготы по оплате коммунальных услуг, у другого инвалида есть вопросы, связанные с лечением и т.д.

Для развития группового процесса применяются упражнения и игры, используемые в традиционных группах встреч. Упражнения сочетаются с обсуждением проблем, связанных с инвалидностью клиентов, с просмотром видеоматериалов, отвечающих заданной тематике. Упражнения выполняются таким образом, чтобы бы это обеспечивало обсуждение проблем, связанных с инвалидностью клиентов, передачу опыта адаптировавшихся к жизни инвалидов инвалидам «новичкам», обеспечивало формирование у участников группы позитивных верований и убеждений о возможности инвалидов вести независимую жизнь.

На первых занятиях, наблюдая за участниками группы, ведущий выясняет на каком уровне адаптации находятся клиенты. Адаптированы ли они к жизни физически, в полной ли мере они используют имеющиеся у них возможности для активной жизни. Ведущий собирает информацию о том, как передвигаются участники группы, пользуется ли костылями, коляской в общественных местах, способны ли сам себя обслуживать. Ведущий выясняет, насколько адаптирован каждый из участников группы к жизни социально, есть ли у него семья, работа, жилье, друзья.

Ведущий выявляет негативные стереотипы в поведении, которые участники имеют за пределами группы, выявляет верования и убеждения участников группы по поводу возможности независимой жизни инвалидов.

Далее, с учетом проблем, наиболее характерных для конкретной группы, ведущий направляет группу в сторону обсуждения наиболее актуальных для отдельных участников проблем, проводит игры и упражнения направленные на передачу опыта адаптировавшихся к жизни инвалидов «новичкам». Ведущий, с одной стороны, направляет группу на обмен опытом решения проблем, связанных с инвалидностью, с другой стороны, стимулирует развитие группы, ее динамику.

Например, если ведущий обнаружил, что кто-то из участников группы стесняется обращаться за помощью к другим людям, то на одном из занятий он ненавязчиво подведет

группу к обсуждению этой темы, даже если никто не будет проявлять в этом явной заинтересованности.

Далее, с учетом проблем, наиболее характерных для конкретной группы, ведущий направляет группу в сторону обсуждения наиболее актуальных для отдельных участников проблем

Например

Обсуждая вопросы о возможности независимой жизни инвалидов, ведущий может задать группе следующие вопросы:

- Пытались ли вы жить самостоятельно, отдельно от родителей?
- Что вы предпринимали по этому поводу?
- Были ли препятствия вашим попыткам начать самостоятельную жизнь со стороны родственников?
- Появятся ли такие препятствия, если вы начнете предпринимать что-либо по этому поводу сейчас?
- Хотите ли вы жить самостоятельно?
- Когда вы перестали этого хотеть?
- Когда вы приняли это решение - жить с родителями?
- Насколько вы самостоятельны, проживая с родителями?
- Как вы распорядитесь деньгами?
- Каков ваш статус в семье?
- Можете ли вы приводить гостей?
- Можете ли вы что-то потребовать для себя?
- Что бы вы могли сейчас по этому поводу сказать семьям, в которых есть инвалид?

Обсуждая тему возможности инвалида зарабатывать деньги, ведущий может задать группе вопросы:

- Какими профессиями вы владеете?
- Что вы умеете делать хорошо, лучше, чем люди без инвалидности?
- Как вы ищите работу? Сколько часов в день?
- Пытались ли вы освоить новую профессию, образование?

Как правило, участники группы взаимной поддержки предварительно определяют интересующую их тему, обсуждению которой и будет посвящено одно или несколько занятий группы взаимной поддержки. Сама тема должна касаться инвалидности и личных проблем, связанных с этим состоянием. Например: «Как быть независимым при постоянной физической зависимости от ближайшего окружения?» или «Как справиться с чувством одиночества и непонимания со стороны окружающих?» или «Как вы думаете, что помогло вам в свое время решить проблемы, связанные с инвалидностью, и как вы справляетесь с возникающими трудностями сейчас?»

Темы, рекомендуемые для обсуждения в группах взаимной поддержки:

Возвращение инвалида к активному образу жизни.

Умение инвалида обратиться за помощью.

Инвалид в кругу семьи.

Перспективы и возможности жизни человека с инвалидностью.

Инвалидность - плюсы и минусы.

Как чувствовать себя уверенно среди людей без инвалидности.

Общение с лицами противоположенного пола.

Возможность инвалида создать собственную семью.

Использование приспособлений, облегчающих жизнь инвалида.

Возможность трудоустройства инвалидов.

Инвалид и деньги.

Возможность независимой жизни инвалидов с конкретной патологией.

Проведение группы предпочтительнее начинать с обсуждения достаточно общих тем, постепенно переходя к темам, требующим высокой степени доверия.

В работе групп взаимной поддержки используются видеоматериалы, на группу допускается приглашать специалистов (юристов, медиков и др.), которые могут предоставить информацию по интересующим инвалидов вопросам. Для того, чтобы инвалиды осознали, что большинство их проблем и комплексов универсальны, то есть не всегда связаны с инвалидностью, в состав группы можно приглашать в качестве участников родственники инвалидов, их друзей, не имеющих инвалидности. Это также способствует лучшему пониманию проблемы членами семьи инвалида.

Однако группа взаимной поддержки - это не «тусовка» и не клубная работа. Это действие, имеющие четко определенное начало и окончание, цели, задачи, принципы и методы работы. Занятие группы - явление живое, динамическое как сама жизнь. Тем не менее, ведущим группы следует иметь план проведения группы и каждого занятия.

Вести группу может как один ведущий, так и двое. Если ведущий не является инвалидом и не имеет опыта независимой жизни, то желательно, чтобы ему помогал специально подготовленный инвалид, который участвует в формировании у группы позитивных убеждений о возможности независимой жизни. Вести группы взаимной поддержки для инвалидов вполне может специалист (психолог, социальный работник), имеющий опыт групповой психокоррекционной работы. Для развития группового процесса применяются упражнения и игры, используемые в группах встреч. Упражнения выполняются таким образом, чтобы бы это обеспечивало обсуждение проблем, связанных с инвалидностью клиентов, передачу опыта адаптировавшихся к жизни инвалидов инвалидам «новичкам», обеспечивало формирование у участников группы позитивных верований и убеждений о возможности инвалидов жить активной жизнью.

Как правило, группы формируются их инвалидов, имеющих сходную патологию (инвалиды с повреждением опорно-двигательного аппарата, инвалиды по зрению, с последствиями черепно-мозговой травмы и т.п.).

Состав группы колеблется от 8 до 15 человек Продолжительность одного занятия - 1,5-2 часа. Продолжительность тренинга - 10-12 занятий.

Ниже мы приведем примерную структуру проведения группы.

Этапы проведения	Задачи	Содержание
Предварительная встреча ведущих (если их двое) или самонастройка (если ведущий один) (5-10 минут)	Настроить себя на работу в группе, осознать свое состояние, мысли, чувства, переживания	Определение плана проведения группы (распределение ролей и договоренность о взаимодействии в работе, если ведущих двое)
На первом занятии - знакомство. Представление новых членов группы (5-10 минут)	Создание доверительной атмосферы, установление отношений открытости, безопасности	Получение информации о членах группы
Вступительный ритуал (собственно открытие группы - обязательный этап) (2-3 мин)	Настройка на состояние «здесь и сейчас», обозначение начала группы, создание спокойствия, безопасности, объединение членов группы	С помощью простых упражнений на внутреннее внимание ведущий расслабляет участников и вводит их в «пространство группы»
Начало работы группы (5 мин.)	Путем проговаривания своего состояния взять его под контроль сознания. Определить готовность группы к работе	Каждый член группы рассказывает очень кратко о том, как он себя чувствует в настоящий момент, «здесь и сейчас»
Работа с «Руководящими положениями» (5-7 минут)	Определить правила работы с группой, напомнить правила. Создание безопасной атмосферы в группе	Руководящие положения для проведения групп зачитываются на занятии
Обсуждение проблем в группе (1-1,5 часа)	Создание пространства для выражения своих чувств, состояний, обмен опытом, оказание психологической помощи, поддержки. Изменение жизни через изменение мыслей в соответствии с принципами психологического исцеления.	Обсуждение психологических проблем на примерах конкретных жизненных ситуаций. Работа с принципами психологического исцеления
Заключительный ритуал (5 мин)	Подведение итогов занятия группы, выражение благодарности, снятие напряжения.	С помощью простых упражнений на релаксацию ведущий интегрирует опыт проявленный на данном занятии

Глава 6. Ведение групп взаимной поддержки

В группах взаимной поддержки, ведущие обычно играют четыре роли: эксперта, катализатора, дирижера и образца участника.

Как эксперт, ведущий комментирует процессы, возникающие в группе, стимулирует развитие группы. Комментарии руководителя помогают участникам объективно оценить свое поведение, наглядно увидеть, как оно действует на других и, в конечном счете осознать стереотипы своего поведения как в группе так и за ее пределами. Однако если руководитель чрезмерно увлекается информированием, ответами на вопросы и ролью эксперта, нарушаются групповые процессы и группа становится похожей на класс. Вам не нужно быть экспертом по всем вопросам и знать все ответы. Членам группы, вероятно, будет с вами комфортнее, если они поймут, что и вы не являетесь совершенством

В качестве катализатора руководители способствуют развитию событий. Они побуждают группу к действию и привлекают внимание группы к текущим задачам и чувствам участников. Выступая в качестве катализатора, руководители используют свое умение действовать в межличностном общении в теплой, искренней манере, создавать в группе положительную обратную связь и проявлять способность быстро реагировать на возникающие ситуации. Руководитель старается высвободить индивидуальный и групповой потенциал как средство достижения изменения в мыслях и поведении участников.

Руководитель группы является также дирижером группового поведения. В этой роли он старается облегчить передачу друг другу участниками вопросов и информации, сообщающих об их эмоциональном состоянии, помогает группе решать проблемы и достигать цели. Когда группе не удаются эффективные действия в трудной ситуации, руководитель может вмешаться, используя различные методы воздействия. Мастерство дирижера состоит в регулировании возможных вариаций внутригруппового поведения, в поддержке попыток участников исследовать проблемы и обсуждать возникающие у них мысли и чувства, в защите участников от воздействия на них неприемлемых для данной группы форм поведения и в выравнивании вкладов участников в групповое взаимодействие. Без четких указаний руководителя групповая ситуация может оставаться довольно неопределенной, а уровень тревожности слишком высоким и затрудняющим работу группы.

Руководитель группы выступает и как образец участника. Ведущий проводит четкую границу между пребыванием в группе и за ее пределами. Активное участие и содействие руководителя помогает членам группы почувствовать уважение и заботу. Ведущий группы устанавливает групповые нормы.

Каждая группа устанавливает собственные явные и скрытые правила. Нормы поведения должны соответствовать целям группы. В группах взаимной поддержки обычно поощряются эмоциональной выразительности, тепла и открытости становится стандартом.

Ведущий периодически выступает в качестве «ролевой модели», человека делящегося своим положительным опытом. Ведущий обычно имеет определенный опыт независимой жизни и опыт участия в группах взаимной поддержки. Ведущий использует свой опыт для того, чтобы помочь участникам увидеть свой собственный в свете опыта других людей, включая опыт ведущего и других инвалидов.

Ведущему группы взаимной поддержки необходимо обладать определенными навыками и умением:

Оказывать помощь и поддержку отдельным участникам группы

Способствовать созданию на занятиях группы спокойной, комфортной атмосферы.

Соблюдать структуру проведения группы.

Побуждать каждого члена группы к активному участию в той мере, в какой он этого желает.

Признавать чувства других.

Давать инструкции группе.

Быть экспертом.

Помогать, людям знакомиться с имеющимися у них возможностями выбора.

Некоторые рекомендации ведущим:

Создание спокойной, доверительной атмосферы

- Помните, что на формы общения в группе вами, может влиять инвалидность. Параличи, нарушения зрения, слуха, моторики могут существенно сказываться на том: как человек говорит, сидит или двигается в процессе общения. Если вы не привыкли находиться в обществе людей с такими формами инвалидности, вы можете почувствовать, что вы сами или другие члены группы ощущают неудобство. Это нормально. Все мы имеем тенденцию ощущать беспокойство при встрече с чем-то новым. Постарайтесь расслабиться и успокоиться. Помните, что ваше отношение к инвалидности формирует групповые нормы.

- Держитесь сами спокойно и благожелательно по отношению к группе.

- Договоритесь с группой о соблюдении правил работы группы.

- Объясните группе, что не существует «глупых» вопросов.

- Объясните участникам, что залогом успеха любой группы является коллективная работа.

- Объясните группе, что каждый человек ценен как личность и обладает определенным опытом, даже если он пока не знает об этом.

Задание структуры и направления

Вначале объясните группе роль ведущего. Объясните, что вам придется иногда настаивать на соблюдении правил, чтобы удерживать группу в рамках намеченного обсуждения. Пусть члены группы знают, что если они не согласны с вами, они могут свободно сказать об этом. Попросите группу взять на себя ответственность за нормальную обстановку в группе. Вы должны лишь направлять участников, но не должны отвечать за них.

Побуждайте членов группы делиться своим личным опытом. Пусть они знают, что цель занятий в группе - обеспечить людям поддержку в проведении изменений, которые они хотят осуществить в своей жизни.

Работая с группой, обсуждающей проблемы и идеи, легко отклониться от темы или, наоборот, надолго застрять на одной проблеме. Если обсуждение какого-либо вопроса затягивается, люди устают и продолжение обсуждения теряет смысл. В таком случае ведущему следует сказать, что пришло время двинуться дальше. Всегда следует предлагать, чтобы заинтересованные члены группы после занятия опять собрались вместе, чтобы поговорить еще. С другой стороны, ведущий использует свой план работы лишь для общей ориентировки, не чувствуя обязанности строго следовать всем его пунктам. Если возникает проблема, представляющаяся достаточно важной, имеет смысл потратить на нее дополнительное время. Гибкость - полезный инструмент.

Однако помните, что вы - ведущий группы. Раз члены группы поддержки пришли в группу, значит, они согласны с этим. Но конечно, это не означает, что вы можете быть тираном. Цель установления правил состоит в том, чтобы структурировать группу. Без этого все время будет проявляться тенденция отклоняться от темы и терять направление. Это затруднит работу не только вам, но и членам группы. При отсутствии структурирования и ориентировки вы обычно будете чувствовать, что члены группы устали или занятие им уже надоело.

Существуют ситуации, когда следует позволить группе отклониться от темы.

Например: Группа обсуждает чувства отчаяния и беспомощности, возникшие у члена группы (женщины) в связи с тем, что она больше не может сама себя обслуживать. Разговор неожиданно возвращается к теме, которая обсуждалась неделей раньше: различные определения самостоятельности, независимости. Это «не по теме», но понятно, что это позво-

лит группе по - новому взглянул, на обсуждаемую проблему. И эта проблема находится в связи с ощущением бессилия, переживаемым этой женщиной из группы.

Поэтому хотя и нужно давать возможность группе продолжать обсуждение проблем самостоятельности, следует следить за тем, чтобы группа не вышла из - под вашего контроля. Через некоторое время можно снова вернуться к первоначальной теме.

Позвольте другим участникам выступать в роли ведущих

В любой группе взаимной поддержки назначенный руководитель — не единственный человек, осуществляющий руководство. Руководство периодически могут осуществлять наиболее активные члены группы, имеющие определенный опыт в качестве участников.

Лично участвуйте в работе группы

Как ведущий вы занимаете в группе уникальное положение: вы одновременно и являетесь членом группы, и обособлены от нее. Вы - ведущий, и это выделяет вас среди остальных членов группы. В то же время вы выступаете как равный партнер, и это делает вас частью группы. Важно делиться с группой своим личным опытом. Это напомнит и им, и вам, что вы все находитесь в одинаковом положении. Делитесь личными точками зрения, делитесь идеями.

Задавайте уточняющие вопросы

С одной стороны, это помогает уяснить суть проблемы, с другой побуждает участников критически переосмысливать свои установки относительно различных сторон их жизни.

Например: человек говорит неопределенно, «...Я не получаю никакой помощи, вы же знаете, какие у нас люди». Мол, он не хочет никого беспокоить, лучше посидеть дома.

Тут полезно задать вопрос, каких «людей» конкретно он имеет в виду. Членов семьи, друзей - кого именно? Это поможет ему переосмыслить свой опыт, а вы получите полезную информацию. Чего именно не получил этот человек? Это должна была быть физическая помощь, эмоциональная поддержка или что-либо иное? Каким образом пытался он получить то, что хотел? Как он определил, что он не получил этого? Как он предполагает получить то, чего хочет?

Или один из членов группы говорит о том, что жизнь тяжела, о том, что его не понимают, что о нем никто не заботится ... и т.п. Он говорит, что просит о малом, но получает еще меньше, и так бывает всегда.

Здесь снова полезно спросить, кто те люди, о которых идет речь. Может ли он привести примеры? Объясняли ли ему когда-нибудь, почему он получает так мало? В чем, по его мнению, причина этого? Что он собирается с этим делать? Какова, по его мнению, его доля ответственности в данной ситуации? Есть ли что-то в данной ситуации, что он мог бы изменить, чтобы добиться желаемого результата?

Признание права на чувства у других

Самое важное, что от вас потребуются, это признание истинности чувств других людей; иногда это окажется единственным, что вы сможете сделать. Мы часто говорим людям, что они не должны чувствовать то, что они чувствуют. Вот несколько примеров:

Человек грустит, а мы говорим ему: «Не грусти!». Наши намерения позитивны, но ответом нам может быть вспышка отрицательных эмоций. Человек чувствует то, что он чувствует, и если мы не признаем его права на это чувство, это может лишь привести его в состояние подавленности и усугубить ситуацию.

Выступая в качестве равного партнера, вы получаете право сказать «Я понимаю тебя». Возможно, вам не случалось быть именно в такой ситуации, которую вы обсуждаете, но ве-

роятно, нечто подобное происходило и с вами. Оказаться способным обсудить с кем-то пережитую вами ситуацию, с тем, чтобы помочь ему, это большая удача. Это может также помочь собеседнику спокойнее выслушать вашу оценку его ситуации, поскольку он теперь знает, что вы сами через это прошли.

Например: один из членов группы рассказывает о своих переживаниях по поводу длительного периода восстановления после инсульта. Друзья, родственники, знакомые успокаивают его, мол, не горюй, это требует длительного времени, и все будет в порядке. Однако при этом инвалид не чувствует что им знакомы чувства, которые испытывает он.

Если вы вместе с другими членами группы признаете истинность его чувств, поделитесь чувствами, которые вы испытывали в похожей ситуации это позволит ему раскрыться и не испытывать при этом ощущения печали и подавленности. Возможно, обсуждая эту проблему в группе, он будет чувствовать себя спокойно, потому что будет знать, что его партнеры понимают его чувства, потому что у них есть аналогичный опыт.

Основная содержательная часть работы группы - время посвященное обмену опытом, в процессе которого участники делятся своими чувствами, переживаниями. Доброжелательная обстановка, внимание к чувствам способствуют развитию группового процесса.

Для работы с эмоциональной сферой ведущий использует разнообразные приемы, цель которых - осознание участниками группы своих состояний и работа с ними.

Ниже мы приводим примерный набор вопросов и фраз, которые ведущий может использовать при работе с участниками группы:

1. Что Вы чувствуете сейчас?
2. Что Вы испытываете, когда рассказываете об этом?
3. Что происходит внутри Вас в этот момент?
4. О чем эта печаль? Эта улыбка?
5. Когда я был в подобной ситуации, я чувствовал так-то
6. У кого еще была подобная ситуация?
7. Кому бы Вы хотели помочь?
8. Наша группа - это место, где мы открыто говорим о наших чувствах.
Давайте послушаем других.
9. Были ли у Вас подобные ситуации?
10. Что вызвало вашу улыбку?
11. Извините, я хочу еще немного побыть с этим человеком.
12. Как Вам с этим живется?
13. Есть еще что-то, что Вас беспокоит?
14. Та ли это проблема, о которой Вам сейчас хочется поговорить?
15. С кем из присутствующих, такое случилось?
16. Вы бы не хотели что-нибудь сказать, чем-нибудь с нами поделиться?
17. Что тяжелее всего в Вашей ситуации?
18. Что Вы делаете, что бы позаботиться о себе в подобной ситуации?
19. Попробуйте определить, что это за чувство?
20. Что Вы испытываете, когда такое происходит?
21. Когда со мной случается такое, я делаю так-то
22. Как Вы думаете, о чем хочет сказать Вам это чувство?
23. Как Вы стали инвалидом?
24. Когда Вы узнали о своей инвалидности, и каким образом?
25. Что Вы чувствуете по поводу своей инвалидности? |
26. Каково Ваше самое раннее хорошее воспоминание, связанное с инвалидностью?
27. Какие черты характера, на которые повлияла Ваша инвалидность,
Вам более всего симпатичны?
28. Какую первую трудность, связанную с инвалидностью, Вы помните?
29. Что Вы чувствовали при этом?

30. Как Вы думаете, каким видят Вас члены Вашей семьи?
Какими словами они Вас описывают?
31. Как Вы думаете, каким видят Вас Ваши друзья? Назовите несколько слов,
с помощью которых они могут Вас описывать.
32. Назовите некоторые из Ваших основных целей.
33. Назовите несколько Ваших специфических задач.
34. С какой целью Вам наиболее приятно встречаться?
35. Как Ваша инвалидность помогла Вам приблизиться к этим целям?
36. Как Ваша инвалидность препятствует достижению Ваших целей?
37. Что Вы считаете Вашими сильными моментами при достижении Ваших целей?
38. Что Вы считаете своими слабостями при достижении своих целей?
39. Хотели бы Вы поменять для себя свой образ?
40. Что бы Вам хотелось поменять?
41. Как Вы собираетесь менять свою жизнь?
42. Как Вам кажется, с чем придется встретиться Вам для того,
чтобы изменить свою жизнь?
43. Что Вы выиграете оттого, что измените свою жизнь?
44. На кого повлияют изменения, которые Вы хотите предпринять?
45. Какую поддержку Вы хотели бы получить?
46. К кому Вы хотели бы обратиться за поддержкой?

Ведущему группы взаимной поддержки для инвалидов потребуется развитие навыков общения, авторитетности, некоторой напористости, знание философии независимой жизни, обучение этике отношений, в которых оказывается помощь. Люди, которые работают в этом качестве, сами являются инвалидами и поддерживают людей с похожими проблемами, должны обладать некоторыми личными качествами - такими, как эмоциональная устойчивость, чувство уверенности в себе. Они также должны осознавать границы возлагаемой на них ответственности и быть способными позволить клиенту самому контролировать свою проблему.

Ведущему необходимо поддерживать контакт со специалистами (психологами, психиатрами и куда направит клиента в случае возникновения определенных ситуаций). В случае таких явлений как угроза насилия, суицида, а также пребывание клиента в агрессивном состоянии без колебаний следует обращаться к специалистам.

В процессе своего развития группа проходит через определенные стадии и на каждой из них перед ведущим встают своеобразные задачи. В самом начале члены группы, вероятно, будут ждать от вас указаний о том, что надо делать, Вот почему полезно заранее составить план работы. Вы будете в целом руководствоваться этим планом и делать в нем те или иные акценты в соответствии с поступающими от группы сигналами обратной связи. Ваша основная задача при этом - задать группе направление.

От ведущего группы на начальном этапе требуется проявление активности, структурирование занятий, следует давать четкие указания не допускать больших пауз при обсуждении предлагаемых тем. Недостаток структуры в этот период вызывает чувство неопределенности, раздражение и способствует выходу отдельных участников из группы; на следующие занятия они могут не прийти.

В определенный период в группе разгорается «борьба за власть». Требуется время, чтобы процесс стабилизировался и в группе между участниками образовались и окрепли связи. Ваша задача - сделать этот процесс спокойными, насколько это возможно, и тогда в итоге каждый член группы должен занять определенное «свое» место. От ведущего требуется защищать «слабых» участников от проявления агрессии со стороны других членов группы.

Вы можете обнаружить, что кто-то из членов группы вам не нравится. Попробуйте определить причину этого. Со временем ваше отношение к этому человеку может измениться,

но может и не измениться. Самое главное - не позволять, чтобы это ваше чувство мешало работе группы.

Вы можете наблюдать проявлению агрессии по отношению к вам со стороны некоторых участников. Иногда кто-то из членов группы может повести себя крайне деструктивно. Дайте ему время успокоиться; если это не помогает, уединитесь с этим членом группы, обсудите вместе с ним его поведение и попытайтесь определить конкретные причины такого поведения. Возможно, ему очень трудно из - за опасений в связи с возможными переменами в его жизни, или из за домашних проблем, из - за личного конфликта с другим членом группы, просто из - за переживаний, связанных с инвалидностью. Используйте полученную информацию во время занятий и окажите человеку помощь, привлекая для этого потенциал группы (духовный, эмоциональный, информационный)

Возникновение враждебности по отношению к ведущему является неотъемлемым звеном в цепочке жизненных событий группы. Враждебность к ведущему уходит своими корнями в нереалистические ожидания участников: каждый тайно наделяет ведущего воистину магическими свойствами. Ожидания эти столь безграничны, что обязательно не оправдаются, каким бы компетентным ведущий ни был. Этот процесс ни в коей мере не является вполне осознанным. Враждебность по отношению к ведущему наиболее всего проявляется в процессе борьбы за власть в группе.

«Борьба за власть» - эта стадия процесса развития группы, она зачастую трудна, и для ведущих просто лично неприятна. Ради собственного комфорта ведущему следует научиться проводить различие между атакой на него как на личность и атакой на его в группе. Реакция группы на лидера вызвана не непосредственно поведением ведущего. Ее возникновение в группе следует рассматривать с позиций как индивидуальной, так и групповой психодинамики.

Еще один источник негодования по отношению к ведущему кроется в постепенном осознании каждым участником того, что он или она не станут любимым чадом ведущего. Во время первых занятий каждый участник начинает осознавать, что ведущий интересуется им не более, чем всеми остальными; сеются семена соперничества и враждебных чувств по отношению к другим участникам. Каждый смутно ощущает какое-то неясное предательство со стороны ведущего.

Хотя разочарование ведущим и гнев на него присутствуют в группах повсеместно, однако это ни в коей мере не означает, что форма проявления этих чувств и их степень также одинаковы. Своим поведением ведущий может, как усилить, так и смягчить субъективное переживание и выражение участниками мятежных чувств. Более острую негативную реакцию навлекают на себя те ведущие, которые держатся двусмысленно или загадочно, которые авторитарны и которые на ранних этапах группы скрытым образом дают группе невыполнимые обещания.

В определенный период развития группы в ней возникает атмосфера принужденного общения. На этой стадии наиболее важны потребности участников в близости. Одни участники ищут большей близости для понимания и решения групповых целей, другие уstraняются от таких межличностных обязательств. Группа снова распадается на подгруппы — на этот раз из-за складывающейся зависимости друг от друга. Ведущему не следует препятствовать этому естественному процессу, а нужно лишь учитывать его в своей работе. Задача ведущего - способствовать развитию группы.

Группы различаются по тому, как они проходят свои жизненные циклы, но нет основания, считать, что члены групп реально осознают последовательность, присущую групповому развитию. Ведущий же должен осознавать динамику развития группы и влиять на нее.

Глава 7. Тренинг личностного роста для инвалидов

Для формирования у инвалидов установок на независимую жизнь наряду с группами взаимной поддержки применяются психологические тренинги. Продолжительность тренинга, как правило, 3 - 4 дня, он динамичен, насыщен различными упражнениями, имеет жесткую структуру. Наряду с инвалидами в тренинге могут принимать участие люди без инвалидности.

Карта тренинга личностного роста для инвалидов

Цель тренинга: формирование у инвалидов верований и убеждений, способствующих независимой жизни.

Продолжительность тренинга - 4 занятия, продолжительность одного занятия 3 часа.
Количество участников тренинга - 15 - 20 человек

Первый день

Упражнение 1

Участники разбиваются на пары, выбирая себе в пару наименее знакомого им человека.

Каждый участник задает своему партнеру вопросы:

- расскажите о себе
- чем Вы гордитесь

- расскажите о последнем приятном событии в Вашей жизни

Упражнение 2.

Каждый участник при помощи пантомимы отвечает на вопрос : «Зачем я здесь, и что я хочу получить». Вся группы угадывает, что он хочет сказать.

Ведущий развешивает правила тренинга взаимной поддержки - плакат с правилами помещается на стену.

Упражнение 3.

Психодрамма «Навязчивый прохожий»

Один из участников играет роль инвалида. Двое или трое других участников представляют прохожих, которые бестактно расспрашивают инвалида о его здоровье и жизни, сочувствуют ему. Группа обсуждает свои чувства.

Упражнение 4.

Участники называют людей, на которых все на улице обращают внимание (например, бомжи, цыгане, военные и пр.)

Ведущий пишет на стене список стереотипов.

Группа обсуждает список, дополняет. Ведущий подводит группу к осознанию, что окружающие люди обращают внимание не только на инвалидов.

Упражнение 5

Группа обсуждает тему " Как реагировать на повышенный интерес к себе окружающих"

Упражнение 6.

Монолог. Участники садятся в круг, каждый говорит 6 мин на тему «Я среди инвалидов - Я среди людей без инвалидности», остальные слушают.

Упражнение 7.

Группа обсуждает тему: «Я среди инвалидов - Я среди людей без инвалидности».

Вопросы ведущего группе:

- вспомните эпизод, когда Вы не могли соответствовать ситуации из-за инвалидности, неважно среди кого вы находились - среди здоровых или среди инвалидов?

- Какие чувства вы при этом испытывали?

- Кого бы из членов нашей группы вы хотели видеть рядом с собой в этот момент?

- Какие ожидания есть у здоровых людей по отношению к инвалидам?

Какие ожидания есть у инвалидов по отношению к людям без инвалидности?

Второй день

Упражнение 8

Участники тренинга свободно ходят по залу, говорят друг другу любые из следующих фраз:

Я хочу быть открытым с тобой

Я не хочу быть открытым с тобой

Я не уверен, хочу ли я быть открытым тобой

Я не хочу говорить, хочу ли я быть открытым с тобой

(Список фраз вешается на стене)

Группа садится в круг, участники делятся своими чувствами

Упражнение 9.

Игра «Бюрократ» Каждый участник пишет заявление с какой - либо просьбой и просит всех остальных подписать заявление. Каждый участник имеет право подписать лишь 3 заявления (цифра может быть скорректирована в зависимости от количества участников в группе).

Группа садится в круг, участники делятся своими чувствами

Упражнение 10.

Работа с чувством вины в парах. Участники выбирают себе пару (наименее знакомого им человека) и задают своему партнеру вопросы (вопросы написаны на плакатах на стене, их можно просто читать). Задающий вопросы молча слушает ответы, без комментариев, поддерживает контакт глазами. Затем участники меняются ролями.

1. Вспомните, когда Вы испытывали чувство вины?

2. Что Вы совершили?

3. Какое представление о себе Вы разрушили?

4. Можете ли Вы сделать что-нибудь по этому поводу?

5. Как вы можете справиться с чувством вины в себе?

Группа садится в круг, участники делятся своими чувствами

Упражнение 11.

Работа с чувством обиды в парах. Участники выбирают себе пару (наименее знакомого им человека) и задают своему партнеру вопросы (вопросы написаны на плакатах на стене, их можно просто читать). Задающий вопросы молча слушает ответы, без комментариев, поддерживает контакт глазами. Затем участники меняются ролями.

1. Вспомните, на кого Вы обижены?

2. За что Вы на них обижены?

3. Какое Ваше представление о них они разрушили?

4. Можете ли Вы что-нибудь сделать по поводу их действия?

5. Как Вы можете справиться с обидой в себе?

Группа садится в круг, участники делятся своими чувствами.

Упражнение 12.

Игра - «Вселенная нам помогает»

Каждый участник должен решить задачу - головоломку (убрать из составленного из спичек рисунка несколько спичек, чтобы в результате получилось два квадрата). Участники, выполнившие свои задания, помогают другим участникам, которые испытывают затруднения и обратились к группе за помощью. Если испытывающий затруднения участник трогает нужную спичку - все хлопают в ладоши, если нет - молчат.

Группа садится в круг, участники делятся своими чувствами

Упражнение 13.

Группа обсуждает тему: «Обращение за помощью к другим людям»

Вопросы ведущего к группе:

Как Вы обращаетесь за помощью? Что Вы, при это чувствуете?

Вспомните, когда Вам отказали (помогли) в помощи?

Вспомните, когда Вы отказали себе в праве обратиться за помощью?

Какие чувства Вы испытываете, когда к Вам обращаются за помощью?

Какие чувства Вы испытываете, когда помогаете другим людям?

К кому из членов группы Вам легко было бы обратиться за помощью?

Упражнение 14.

Психодрамма. Один из членов группы рассказывает о своей детской мечте, кем хотел стать в детстве. Группа готовят миниатюру (спектакль, сценку), в которой в главной роли выступает участник со своим детским желанием. Остальные участвуют как массовка.

Группа садится в круг, участники делятся своими чувствами

Вопросы ведущего:

- Кем хотели стать в детстве? Какие хотели получать ощущения?

- Кем хотели бы стать сейчас? Что хотите от этого получить?

Упражнение 15.

Монолог. Участники садятся в круг, каждый говорит 6 мин на тему «Я и работа»

Третий день

Упражнение 16

Группа обсуждает тему: «Я и деньги»

Вопросы ведущего:

Как я со своей инвалидностью зарабатывал деньги, учился?

С какими проблемами мне пришлось столкнуться?

Сколько у Вас с собой денег?

Как Вы распоряжаетесь своими деньгами?

Упражнение 17.

Принятие ответственности за свою жизнь.

Ведущий:

- Мы авторы своего проекта, признать это. Все что с нами происходит мы создаем, способствуем, позволяем быть. Мы несем ответственность за все что с нами произошло, за чувства которые мы испытываем по тому или другому поводу (за чувство обиды и вины). Если мы перекладываем ответственность на других - то становимся жертвой, ... и поэтому ваша жизнь не работает.

Группа разбивается на пары.

Задание: вспомнить и рассказать проблему, случай, который был у Вас в жизни.

Партнер спрашивает: - Каким образом Вы создали проблему, позволили, способствовали этому быть. Второй участник отвечает. Затем они меняются ролями

Упражнение 18

На стене пишем плакат:

Участники составляю список в две колонки

Моя инвалидность не позволяет мне

(Пример)

Работать

Путешествовать

Помогать близким

и я испытываю чувство

(Пример)

Обида

Бессилие

Вина

Ведущий предлагает принять ответственность за то, что вы создаете, способствуете, позволяете этому быть.

Упражнение 19,

На стене пишем плакат:

У меня нет.

Участники составляют список

(Пример)

Здоровья

денег

Друзей

Семьи

Ведущий предлагает принять ответственность за то, что вы создаете, способствуете, позволяете этому быть. Мы ответственны за то, как мы используем свои ресурсы

У меня есть.

(Пример)

Время

Здоровье (что именно)

Возможность

Упражнение 20

Тест на сексуальность.

Ведущий раздает тест, участники выполняют задание, ведущий интерпретирует тест.

Упражнение 21

Монолог. Участники садятся в круг, каждый говорит 6 мин на тему «Я среди женщин - Я среди мужчин».

Упражнение 22

Игра «Моя внутренняя красота»

Участники тренинга свободно ходят по залу, говорят друг другу следующие фразы:

Твоя внутренняя красота в том, что...

Каждый отвечает: «Спасибо я знаю»

Упражнение 23.

Группа обсуждает тему «Инвалидность и сексуальность»

Упражнение 24.

Монолог: Участники садятся в круг, каждый говорит 6 мин на тему «Насколько я могу быть свободным и независимым с моей инвалидностью»

Вопросы ведущего:

Как относятся Ваши близкие к Вашему стремлению проявлять самостоятельность, независимость?

Как вы боретесь за свою независимость?

Какие чувства Вы при этом испытываете?

Упражнение 25.

Инвалидность - плюсы и минусы.

Участники группы играют в игру хорошо - плохо (Рефрейминг)

Один из участников называет какое - либо явление, например, дождь и говорит что это хорошо, потому что это полезно для урожая. Следующий участник говорит что дождь - это плохо - потому что... нельзя загорать и можно промокнуть и т.д.

Участники высказываются на тему:

инвалидность это хорошо, потому что...

инвалидность - это плохо, потому что...

На стене пишем плакат:

**Быть инвалидом хорошо,
потому что...**

(Пример)

Платят пенсию.

Не берут в армию.

Много свободного времени.

Группа обсуждает возможности для активной жизни человека с инвалидностью.

**Быть инвалидом плохо,
потому что...**

(Пример)

Мало денег.

Нет работы.

Проблемы с передвижением,

Упражнение 26

Участники говорят в круг:

Мне нравится в себе...

Я люблю себя за ...

Какой у меня есть недостаток и что я потеряю, если этот недостаток исчезнет"? Что приобрету?

Упражнение 27.

Прощание.

Участники становятся в два круга, внешний и внутренний, лицом друг к другу, и, передвигаясь, благодарят друг друга за помощь и поддержку. Затем они ходят по залу, и каждый может подойти к каждому и сказать ему то, что не успел сказать во время тренинга

Глава 8. Язык и этикет при работе с инвалидами

При работе с инвалидами следует соблюдать определенный этикет. Это поможет вам эффективно присоединяться к людям с инвалидностью, общаться с ними. Ниже мы приведем правила, которыми пользуются работники общественных служб США.

1. Когда вы разговариваете с инвалидом, обращайтесь непосредственно к нему, а не к сопровождающему или сурдопереводчику, которые присутствуют при разговоре,

2. Когда Вас знакомят с инвалидом, вполне естественно пожать ему руку - даже те, кто испытывает трудности с рукой или пользуется протезом, вполне могут пожать руку - правую или левую, что вполне допустимо.

3. Когда Вы встречаетесь с человеком, который плохо видит, обязательно называйте себя и тех людей, которые пришли с Вами. Если у Вас общая беседа в группе, не забывайте пояснить, к кому в данный момент Вы обращаетесь и назвать себя,

4. Если Вы предлагаете помощь, ждите, пока ее примут, а затем интересуйтесь инструкциями.

5. Обращайтесь с взрослыми как с взрослыми. Обращайтесь к инвалидам по именам, когда подобная фамильярность демонстрируется по отношению к остальным. Никогда не проявляйте покровительство к людям, использующим инвалидную коляску - не кладите им руку на голову или плечи, не обращайтесь уменьшительными именами.

6. Опирайтесь или повиснуть на чьей-то инвалидной коляске - то же самое, что опираться или повиснуть на ее обладателе, и это тоже раздражает. Коляска, кресло - это часть не-прикасаемого пространства человека, который ее использует.

7. Когда Вы разговариваете с человеком, испытывающим трудности в общении, слушайте его внимательно. Будьте терпеливы, ждите, когда человек сам закончит фразу. Не поправляйте его и не договаривайте за него. Если это необходимо, задавайте короткие вопросы, которые требуют таких же коротких ответов, кивка или жеста. Никогда не притворяйтесь, что вы понимаете, если на самом деле это не так. Повторите, что вы поняли, это поможет человеку ответить вам, а вам - понять его.

8. Когда Вы говорите с человеком, пользующимся инвалидной коляской или костылями, расположитесь так, чтобы ваши и его глаза были на одном уровне, тогда вам будет легче разговаривать.

9. Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помащите ему рукой или похлопайте по плечу. Смотрите ему прямо в глаза и говорите четко. Не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Разговаривая с теми, кто может говорить, расположитесь так, чтобы на Вас падал свет, и Вас было хорошо видно, постарайтесь, чтобы Вам ничего (еда, сигареты, руки) не мешало.

10. Расслабьтесь. Не смущайтесь, если случайно допустили оплошность, сказав «Увидимся» или «Слышали об этом...» тому, кому это говорить не стоило.

11. Любое вспомогательное приспособление (трость, инвалидная коляска, костыли и т.д.) - это чья-то собственность, которую надо уважать. Не перемещайте, не берите их, не получив разрешения.

12. Всегда обращайтесь непосредственно к человеку, даже если инвалида кто-то сопровождает.

13. Фокусируйтесь не на инвалидности человека, а на нем или на проблеме, которую вы обсуждаете.

14. Если вы не знаете, что вам делать, спросите. Многие люди предпочтут скорее ответить на вопрос, чем оказаться в неудобном положении.

15. Не волнуйтесь по поводу того, как вам обратиться к инвалиду. Большинство людей, имеющих и не имеющих инвалидность, имеют имена.

16. Помните, что инвалиды интересуются теми же темами и сюжетами, как и люди, не имеющие инвалидности.

17. Говорите нормальным тоном и языком. Если кому-то нужно, чтобы Вы говорили громче, Вас об этом попросят.

18. Помните, что инвалиды, как и все люди, сами знают, что им нужно, что им нравится, не нравится, что они могут или не могут делать.

19. Инвалиды хотят участвовать в жизни общества. Убедитесь, что Ваш подход не препятствует этому.

20. Как в любом случае, связанном с вопросами этикета, когда Вы сделали ошибку, извинитесь, поправьте себя, сделайте для себя выводы и продолжайте.

Основные правила этикета: люди, испытывающие трудности при передвижении

1. Помните, что инвалидная коляска - неприкосновенное пространство человека. Не облакачивайтесь на нее, не толкайте ее, не кладите на нее ноги без разрешения.

2. Всегда спрашивайте, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее.

3. Если Ваше предложение о помощи принято, спросите насчет инструкций и следуйте им.

4. Если вам разрешили катить коляску, сначала катите ее медленно. Коляска быстро набирает скорость.

5. Всегда лично убеждайтесь в доступности мест, где запланированы мероприятия. Используйте список, спрашивайте людей, какие могут возникнуть проблемы или барьеры, для того, чтобы их устранить.

6. Не надо хлопать человека, находящегося в инвалидной коляске, по спине или по плечу.

7. Если возможно, расположитесь так, чтобы ваши лица были на одном уровне.

8. Если существуют архитектурные барьеры, предупредите об этом заранее, чтобы человек имел возможность принимать решения и планировать

9. Помните, что, в общем, люди, имеющие трудности при передвижении, не имеют проблем со зрением, слухом и пониманием. Единственное, что нужно приспособить - это возможность передвигаться.

Основные принципы этикета: люди с плохим зрением

1. Предложите свою руку. Не направляйте человека, не стискивайте его руку, идите так, как Вы обычно ходите.

2. Не обижайтесь, если Вашу помощь отклонили.

3. Опишите коротко, где Вы находитесь. Например: «В центре комнаты, примерно в шести шагах от Вас, комнаты стоит стоп». Или «Слева от двери, как заходишь, - кофейный столик».

4. Используйте при описании фразы, характеризующие звук, запах, расстояние.

5. Обращайтесь с собаками-поводырями не так, как к обычным домашним животным. Не командуйте, не трогайте и не играйте с собакой-поводырем.

6. Не отнимайте и не стискивайте трость человека, который плохо видит,

7. Всегда проясняйте, в каком формате человек хочет получить информацию: Брайль, крупный шрифт, аудиокассета. Не полагайтесь на тот формат, который он обычно предпочитает.

8. Всегда обращайтесь непосредственно к человеку, даже если он Вас не видит и его сопровождает компаньон.

9. Если Вы читаете для человека, который плохо видит или не видит, сначала расскажите о том, что Вы собираетесь читать. Говорите нормальным голосом. Не пропускайте информацию, если Вас об этом не попросят.

10. Всегда называйте себя по имени.

Основы этикета: люди, которые плохо слышат

1. Разговаривая с человеком, у которого плохой слух, смотрите прямо на него.

2. Не затемняйте свое лицо и не загораживайте его руками, волосами или какими-то предметами.

3. Существует много способов общения с людьми, которые плохо слышат. Если Вы не знаете, какой предпочесть, спросите.

4. Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, назовите его (ее) по имени. Если ответа нет, можно легко тронуть человека за руку или плечо или же помахать рукой.

5. Говорите ясно и ровно. Не нужно излишне подчеркивать что-то.

6. Если Вас просят повторить что-то несколько раз, попробуйте, перефразирован, свое предложение.

7. Если Вы сообщаете информацию, которая включает в себя номер или адрес, напишите ее, сообщите по факсу или электронной почте или любым другим способом, но так, чтобы она была точно понята.

8. Если существуют трудности при устном общении, спросите, не будет ли проще переписываться. Не говорите: «Ладно, это неважно». Сообщения должны быть простыми.

9. Не забывайте о среде, которая Вас окружает. В больших или многолюдных помещениях трудно общаться с людьми, которые плохо слышат. Яркое солнце или тень тоже могут быть барьерами.

10. Не меняйте тему разговора без предупреждения. Используйте переходные фразы типа: «Хорошо, теперь нам нужно обсудить...».

Основы этикета: люди с задержкой в развитии и проблемами общения

1. Используйте доступный язык, выражайтесь точно и по делу.

2. Избегайте клише и идиоматических выражений, если только вы не уверены в том, что Ваш собеседник с ними знаком

3. Не говорите «свысока».

4. Говоря о задачах или проекте, рассказывайте все «по шагам. Дайте возможность Вашему собеседнику обыграть каждый шаг после того, как Вы объяснили ему,

5. Исходите из того, что взрослый человек с задержкой в развитии имеет такой же опыт, как и любой другой взрослый человек.

6. Если необходимо, используйте иллюстрации или фотографии.

7. Обращайтесь с человеком с проблемами развития точно так же, как Вы бы обращались с любым другим. В беседе обсуждайте те же темы, какие вы обсуждаете с другими людьми, например: планы на выходные, отпуск, погода, последние события.

8. Обращайтесь непосредственно к человеку.

9. Помните, что люди с задержкой в развитии, дееспособны и могут подписывать документы, контракты, голосовать, давать согласие на медицинскую помощь и т. д.

Основы, этикета: люди с психическими нарушениями

1. Не надо думать, что люди с психическими нарушениями обязательно нуждаются в дополнительной помощи и специальном обращении

2. Обращайтесь с людьми с психическими нарушениями как с личностями. Не нужно делать преждевременных выводов на основании опыта общения с другими людьми с такой же формой инвалидности.

3. Не надо думать, что люди с психическими нарушениями более других склонны к насилию, это миф.

4. Неверно, что все люди с психическими нарушениями принимают или должны принимать лекарства.

5. Неверно, что люди с психическими нарушениями не могут подписывать документы или давать согласие на лечение. Они признаны законом дееспособными.

6. Неверно, что люди с психическими нарушениями имеют проблемы в понимании или ниже по уровню интеллекта, чем большинство людей.

7. Неверно, что люди с психическими нарушениями не способны работать. Они могут выполнять множество обязанностей, которые требуют определенных навыков и способностей.

8. Не думайте, что люди с психическими нарушениями не знают, что для них - хорошо, а что - плохо.

9. Если человек, имеющий психические нарушения, расстроен, спросите его спокойно, что Вы можете сделать, чтобы помочь ему.

10. Не думайте, что человек с психическими нарушениями не может справиться со стрессом.

Основы, этикета: люди, испытывающие затруднения в речи

1. Не игнорируйте людей, которым трудно говорить, потому что понять их - в ваших интересах.

2. Не перебивайте человека, который испытывает трудности в речи. Начинайте говорить только тогда, когда убедитесь, что он уже закончил фразу.

3. Не пытайтесь ускорить разговор. Будьте готовы к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью, займет у вас больше времени.

4. Смотрите в лицо собеседнику, поддерживайте визуальный контакт. Отдайте этой беседе все Ваше внимание.

5. Если человека с затрудненной речью сопровождает другой человек, не адресуйте Ваши вопросы, комментарии или заботы компаньону.

6. Не претворяйтесь, если Вы не поняли, что Вам сказали.

7. Не думайте, что человек, испытывающий затруднения в речи, не может понять Вас.

8. Некоторые люди с затрудненной речью имеют трудности с модуляцией голоса. Не делайте преждевременных выводов на основании выражения лица или голосовой модуляции, пока вы не узнаете человека достаточно хорошо.

Правила корректного языка

Сообщество инвалидов сейчас находится на стадии выбора терминов, которые лучше всего подходят для употребления. Многие новые термины не приживаются. Люди с инвалидностью не согласны со многими терминами, которыми их называют другие. Например, инвалиды не принимают выражение «слепой», «прикованный к инвалидной коляске».

Используйте

Инвалид, человек, имеющий инвалидность, люди, имеющие инвалидность, инвалиды

Человек, не имеющий инвалидности, обычный, типичный человек

Человек, использующий инвалидную коляску

Врожденная инвалидность

Перенес полиомиелит, имеет инвалидность в результате полиомиелита

Люди (человек), имеющие умственную отсталость, умственно отсталые люди (хуже)

Ребенок с задержкой в развитии

Человек с задержкой в развитии

Человек с синдромом Дауна

Люди, имеющие душевную болезнь

Люди с душевным или эмоциональным расстройством

Незрячий человек

Слабовидящий человек

Человек, который плохо слышит

Человек с трудностями в общении

Человек с затруднениями в речи

Имеет ДЦП (или другое)

Человек с эпилепсией

Люди, подверженные припадкам

Избегайте

Егольной, калека, искалеченный, деформированный, неполноценный, дефективный (никогда!)

Нормальный, здоровый

Прикованный к инвалидной коляске

Врожденный дефект, несчастье

Страдает от полиомиелита

Отсталый, умственно неполноценный, «тормоз» (никогда!), слабоумный

Врожденный дефект, несчастье

Эпилептик, припадочный

Даун

Сумасшедший, псих

Слепой

Глухой человек

Жертва ДЦП, дещепешник

Эпилептик

Припадочный

Список литературы

1. «Инвалиды: группы взаимной поддержки». - М, 2001.
2. «Инвалиды: к независимой жизни». - М., 2000.
3. Кочюнас Р. «Основы психологического консультирования». Пер. с лит. - М., 1999.-240 стр.
4. Рудестам К. «Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы - теория и практика». - М.: Прогресс, 1990.
5. Ялом И. «Теория и практика групповой психотерапии». Пер. с англ. С- Пб., 2000.

Оглавление

Глава 1. Понимание проблемы инвалидности.....	4
Глава 2. Психологические особенности инвалидов.....	9
Глава 3. Индивидуальное консультирование инвалидов.....	17
Глава 4. Телефонное консультирование инвалидов.....	23
Глава 5. Формы и методы групповой работы с инвалидами.....	26
Глава 6. Ведение групп взаимной поддержки.....	38
Глава 7. Тренинг личностного роста для инвалидов.....	44
Глава 8. Язык и этикет при работе с инвалидами.....	49