окружающих в реальных значимостях, насколько мы критичны именно к себе — все это слагаемые профессионального успеха.

Специалист-психолог должен знать жизнь, понимать людей, видеть, чувствовать их боли и радости, возможности и ограничения. Быть психологом — это всю жизнь познавать людей и себя. Таким образом, проблема идентичности возникает в плане реализации жизненной и профессиональной идеологии психолога.

Известно, что человек — это сложная живая система, жизнедеятельность которой обеспечивается на разных, но взаимосвязанных между собой уровнях функционирования: биологическом, психологическом и социальном.

Сущность здоровья на физиологическом уровне заключается в динамическом равновесии функций всех внутренних органов и их адекватном реагировании на влияние окружающей среды. В основе работы организма заложен принцип саморегуляции.

Путь к вершинам мастерства в психологии доступен далеко не каждому. На это уходят многие годы постоянного труда, связанного со значительными нервно-психическими затратами, которые требуют внимательного отношения к своему здоровью.

1. Асмолов А.Г. Культурно-историческая психология и конструирование миров. — М.-Воронеж, 1996.
2. Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности. — М.: ПЕРСЭ, 2001. — 511 с.
3. Кашапов Р.Р. Курс практической психологии, или Как научиться работать и добиваться успеха. — Ижевск: Удм. ун-та, 1996. — 448 с.
4. Качанов Ю.Л. Проблема ситуационной и трансверсальной идентичности личности как агента социальных отношений // Психология самосознания. — Самара, 2000. С. 613-623.
5. Никифоров Г.С. Психология здоровья: Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2002. — 256 с.
6. Практическая психология. / Под ред.М.К. Тутушкиной. — СПб.: Дидактика плюс, 1997. — 334 с
7. Психология. Словарь. — М., 1990.
8. Психология здоровья / Г. С. Никифоров, В.А. Ананьев, И.Н. Гуревич и др.; Под ред. Г.С. Никифорова. — СПб.: Изд-во С.- Петерб. ун-та, 2000. — 504 с.
9. Уманский Л.И. Поэтапное развитие группы // Коллектив и личность. — М., 1975. С. 120-160.
10. Фрейд З. Массовая психология и анализ человеческого «Я» // «Я» и «Оно». Труды разных лет. — Тбилиси, 1991.
11. Шрейдер Л.Б. Профессиональная идентичность и память: опыт генетической реконструкции // Мир психологии. 2001. № 1. С. 64-78.
12. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности // Архетип. — М., 1995.
13. Эриксон Э. Детство и общество. — М., 1996.
14. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. — М., 1996.

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

ВАСИЛЬЕВ СЕРГЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ
кандидат педагогических наук, доцент кафедры психологии здоровья СПбГИПСР

ТАТУЛЬЯН СВЕТЛАНА ЕФРЕМОВНА
старший научный сотрудник НИПНИ им. В.М. Бехтерева,
кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологии здоровья СПбГИПСР

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

АННОТАЦИЯ. В данной статье подробно описан опыт работы геронтопсихиатрического отделения НИПНИ им. В.М. Бехтерева по медико-социальной и психологической реабилитации психически больных позднего возраста, раскрыто значение и сущность дифференцированного подхода к пациентам.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: психически больные позднего возраста, медико-социальная и психологическая реабилитация, терапевтическая среда, дифференцированный подход, трудовая и общественная деятельность больных, досуг, общение, терапия средой.

Медико-социальное обслуживание психически больных пожилого возраста в нашей стране является делом государственной важности. Приоритетные направления государственной политики в отношении этих граждан на ближайшую перспективу должны быть ориентированны на:

- обеспечение большей доступности и улучшения качества медицинской помощи;
- предотвращение дальнейшего снижения уровня доходов лиц пожилого возраста;
- стимулирование социально-экономической активности граждан, поощрение занятости, включая организацию профессиональной подготовки и переподготовки, создание условий для осуществления ими приносящий доход деятельности, всесторонней реализации внутреннего потенциала;
- развитие системы социального обслуживания населения;
- организацию и внедрение новых форм и видов помощи социально незащищенным категориям населения.

Для улучшения жизнедеятельности и медико-социального положения психически больных позднего возраста на геронтопсихиатрическом отделении НИПНИ им. В.М. Бехтерева был разработан ряд лечебно-восстановительных мероприятий. Система дифференцированных специальных программ строится в зависимости от характера, этапа психического заболевания, физического состояния, особенностей личности и вторичных (возникающих в процессе болезни) изменений и личностных реакций больного, социальной ситуации — семейной, производственной и др. — на основании комплексной их оценки. Для больных двух ведущих групп поздневозрастных психических расстройств (ослабоумливающие процессы и расстройства, не приводящие к слабоумию) лечебно-восстановительные программы различаются по задачам, методическим приемам и ожидаемым результатам. Следует иметь в виду, что в любой дифференцированной программе фармакотерапия является той необходимой составной частью, без которой значительно сужается или становится вовсе невозможной медико-социальная и психологическая реадаптация больного. Но и психосоциальные методы, в свою очередь, способствуют повышению эффективности лечения. Поэтому принципиально важным является сочетание биологической терапии и личностно-ориентированных методов, хотя соотношение их при различных формах и стадиях заболеваний может быть неодинаковым [4, 5].

Учитывая это, на геронтопсихиатрическом отделении предложен комплекс мероприятий, направленных на организацию активного образа жизни психически больных позднего возраста по ***5 группам*** психически больных пожилого и старческого возраста (см. таблицу).

Первую группу составляют лица, сохранившие трудовые и профессиональные навыки и потребность осуществлять трудовую деятельность. Для этой категории лиц необходим подбор видов труда, по возможности соответствующих их профессиональным интересам и склонностям. Лиц из

этой группы следует вовлекать в систематическую работу в условиях ЛТМ или на отделении, поручая им при этом какие-либо ответственные обязанности (например, старших по группе, контролеров и т.д.).

Необходимо ориентироваться на прошлый опыт этих больных. Лица, имеющие педагогическое образование, охотно будут организовывать литературные кружки, коллективные чтения, вечера поэзии. Тем, кто имеет склонность или ранее работал в области искусства, целесообразно поручать организацию художественных кружков и самодеятельности. Бывшие рабочие и технические работники должны привлекаться к помощи по организации трудовых процессов в ЛТМ; лица, работавшие прежде в сельском хозяйстве, — к уходу за цветами и озеленению территории. Из числа бывших домохозяек и ранее работавших в сфере бытового обслуживания целесообразно создавать группы для выполнения различных бытовых видов работ (участие в уборке помещений, помощь по уходу за ослабленными больными и др.).

При организации трудовых процессов целесообразно формирование малых групп, объединенных общностью интересов, взаимных эмоциональных привязанностей. Это обстоятельство в значительной степени будет способствовать более быстрой адаптации их к условиям стационара. Наряду с социально значимой деятельностью у людей, относящихся к этой группе, ярко выражены и другие формы активности: общественная деятельность, общение, участие в активных видах досуга. Полноценное общение этих больных возникает и формируется в условиях трудовой и общественной деятельности. Со временем межличностные отношения приобретают определенную устойчивость (часто они сохраняются и после выписки больных), это способствует эмоциональной стабилизации пожилых людей и облегчает их адаптацию в условиях стационара. В отношении данной категории не требуется со стороны персонала каких-либо особых усилий в плане организации их досуга. Им присущи самодеятельность, собственная инициатива. Группы общения и досуга складываются стихийно и длительное время функционируют.

Вторую группу образуют лица, для которых трудовая деятельность менее значима, вследствие чего вовлечение их в систематические трудовые процессы представляется затруднительным. Тем не менее в этом плане необходима систематическая работа. Для достижения этой цели используются различные формы санитарно-просветительной работы по разъяснению положительного влияния труда на продление активной жизни. Следует практиковать эпизодические поручения по дежурству в палатах, по уборке помещений, помощи медицинскому персоналу и др.

Большое значение имеет объединение этих лиц в малые группы путем постановки конкретной трудовой цели, с учетом того, что совместное выполнение одной обязанности способствует формированию межличностных отношений. Активизация трудовой деятельности, побуждение к необходимости общения, психологическое воздействие на каждого через группу — все это должно служить одной цели — адаптации психически больных в условиях стационара.

Преобладающей формой активности лиц этой группы является общение и проведение досуга. При стихийно складывающихся межличностных отношениях основой для возникновения контактов часто бывают случайные факторы: одновременное поступление, проживание в одной палате, необходимость оказания помощи в случае обострения болезни у кого-либо из больных.

Обслуживающий персонал должен разумно использовать их досуг, а также активизировать их участие в работе с трудноприспосабливающимися к новым условиям, выбирать помощников для проведения мероприятий по созданию активного образа жизни пожилых, оказывать помощь для поддержания внешних связей.

Для рассмотренных двух групп целесообразно создание специальной палаты, в которой должен преобладать активизирующий режим с общественно-трудовой занятостью. Такому режиму должны соответствовать и оснащенность больницы: необходимо предусмотреть хорошо оснащенные ЛТМ, большие холлы для проведения досуга, различные настольные игры, музыкальные инструменты для пользования, уголки уюта для чаепития; интерьер этих помещений должен иметь оттенок оптимизма и умиротворенности. Все, что оказывает психотерапевтическое воздействие на пожилых психически больных, также будет способствовать их выздоровлению [1].

Третью группу составляют лица, активность которых выражается преимущественно в самообслуживании. Для них характерен сознательный отказ от общественно полезной деятельности, который они объясняют плохим самочувствием, опасениями возможного ухудшения здоровья. Эгоцентрические тенденции проявляются в фиксации на ценности уходящей жизни и в первую очередь на поддержании и сохранении своего здоровья.

Общение как один из видов деятельности для пожилых психически больных данной группы ограничено соседями по палате, ситуативными контактами. Значимость для них приобретают только лица, оказывающие им помощь в обслуживании, медицинский персонал. Для лиц этой группы характерна форма проведения досуга, лишенная опосредующего общения (чтение, прослушивание радиопередач и др.).

В целях активизации образа жизни пожилых и старых людей, относящихся к третьей группе, необходимо проведение лечебно-активизирующих мероприятий, в число которых входят различные виды кинезотерапии (например, утренняя зарядка, лечебная гимнастика и др.). Кроме того, им следует назначать и легкие трудовые операции: уход за цветами в палате, изготовление легких бумажных

украшений (оригами) и т.д. Для поддержания сознания социальной значимости необходимо вовлекать их и в общественную деятельность (чтение газет, журналов для более ослабленных больных).

Данная группа неоднородна в смысле уровня активности. В связи с этим режим по отношению к этим лицам должен быть дифференцированным — от активизирующего с общественно трудовой занятостью к лечебно-охранительному.

Четвертая группа представлена лицами, которым свойственно отсутствие какой-либо целенаправленной деятельности. Их активность выражается в эпизодических действиях, служащих проявлением сохранившихся навыков самообслуживания. Мотивом этой деятельности является необходимость удовлетворения витальных потребностей. Общение у этих лиц крайне ограничено, интерес к окружающему ослаблен. Реакция на пребывание в стационаре практически отсутствует, поскольку в этих условиях удовлетворяются потребности в тепле, уюте, покое и т.п.

В отношении этой группы больных отпадает необходимость в организации активизирующих мероприятий социальной адаптации. К ним более всего применим лечебно-охранительный режим с включением этиологической и общеукрепляющей медикаментозной и немедикаментозной терапии, с организацией медицинского ухода, с попыткой сохранения некоторых навыков самообслуживания (пользование ложкой и полотенцем, застегивание одежды, причесывание и т.д.) [5]. При организации досуга целесообразны мероприятия, адресованные к пассивному восприятию (музыкальные передачи, радиобеседы и др.).

Пятую группу составляют крайне ослабленные лица старших возрастов, находящиеся на пос-

Таблица

Комплекс мероприятий, направленных на организацию активного образа жизни психически больных позднего возраста

Группы больных	Адаптационный период	Организация трудовой деятельности	Организация общественной занятости	Досуг	Общение	Терапия средой
Первая, вторая	Общественно-трудовая занятость с постоянными обязанностями.	Работа в столовой, самообслуживание, хозработы внутри отделения, помощь по уходу за ослабленными (кормление, чтение вслух, отправка писем и проч.).	Привлечение к различным временным обязанностям (помощь в организации и ответственность за проведение культмероприятий, дежурства и др.).	Любительские занятия, коллективные мероприятия (концерты, экскурсии, празднование юбилейных дат и т.д.), активный досуг.	Ориентация на личностные качества и заслуги, оценка со стороны персонала и администрации, организация условий для встреч и приема гостей, поддержания связей с родственниками.	Поощрение за труд, создание бытовой обстановки, приближенной к домашней, психотерапевтические меры, направленные на устранение межличностных конфликтов, сохранение в обиходе личностно значимых предметов.
Третья	Лечебно-активизирующий режим с функциональной активностью.	Разовые поручения, самообслуживание.	Эпизодические дежурства.	Просмотр кино- и видеофильмов, чтение, прогулки.	Вовлечение в группу (три человека), объединенную разовой рабочей задачей, инициативное внимание со стороны персонала.	Медицинский уход.
Четвертая и пятая	Лечебно-охранительный режим с функциональной активностью.	Частичное самообслуживание на основе сохраненных навыков.	—	Пассивный досуг: чтение вслух, просмотр кино- и видеофильмов, чтение, прогулки.	Активное общение (беседы, разговоры, бытовая помощь) инициативное внимание со стороны медицинского обслуживающего персонала.	Медицинский уход.

тельном режиме и нуждающиеся в постороннем уходе. Они безучастны к окружающему, у них отсутствует избирательный интерес даже к удовлетворению витальных потребностей. Все мероприятия по отношению к этим лицам должны свестись к организации медицинского ухода для поддержания физиологических процессов жизнедеятельности (кормление, содержание в чистоте, контроль за физиологическими отправлениями и т.д.).

Приведенное разделение контингента позволяет говорить о необходимости создания в лечебном учреждении особой терапевтической среды, в которой возможны дифференцированные методы активизирующего воздействия с целью реабилитации психически больных старших возрастов. Организация терапевтической среды в отделении геронтопсихиатрического профиля преследует цели:

• стимуляции потенциальных психических возможностей;

• поддержания и, по возможности, повышения социальной активности и самооценки личности, побуждение к расширению социальных контактов как внутренних, так и с внебольничной средой;

• создания оптимальных условий для тренировки навыков по самообслуживанию и социальному функционированию, с тем чтобы подготовить больного к жизни и во внебольничных условиях (дома, в интернате для престарелых и др.) [2].

Существенную роль во всей системе медико-социальной помощи психически больных пожилого возраста играет подготовка обслуживающего персонала. Очень важно, чтобы все, кто работает с лицами пожилого возраста, знали об особенностях старения, о возрастных особенностях психики и течении психических и соматических заболеваний, понимали значение активного образа жизни, владели принципами психотерапевтической тактики по отношению к пожилым людям, знали основы деонтологии [3].

Главной предпосылкой организации терапевтической среды является переобучение и психологическая переориентация всего персонала, имеющего отношение к обслуживанию больных. Здесь имеется в виду:

• пересмотр укоренившегося пессимистического взгляда на перспективы лечения пожилых психически больных;

• повышение внимания к индивидуальным особенностям, запросам и социальным условиям больного;

• активное вовлечение его в процесс лечения и реабилитации;

• предупреждение и устранение причин, приводящих к вторичным личностным реакциям при помещении и в период пребывания больных в стационаре.

Следует помнить, что пожилые больные при любых переменах окружающей обстановки легко дезорганизуются, поэтому создание оптимального «психологического климата» в отделении, комфортной психотерапевтической среды — обязательное условие для результативного лечения. Оптимальный психологический климат включает в себя доброжелательное, внимательное и терпеливое отношение всего персонала к пожилому больному, начиная с момента его поступления и на всем протяжении лечения и реабилитации. Целесообразно, чтобы предлагаемые мероприятия носили не эпизодический характер, а были бы спланированы в каждом лечебном учреждении и проводились бы систематически.

1. Бабин С.М. (Сергей Михайлович). Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных. Дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 2006. С. 525.
2. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Л.: Медицина, 1985. — 216 с.
3. Психотерапия: Учебник. 3-е изд. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб: Питер, 2007. — 672 с. — (Серия «Национальная медицинская библиотека»).
4. Тибилова А.У. Дифференцированные лечебно-восстановительные методы при психических заболеваниях в позднем возрасте: Метод. реком. / НИИ им. В.М. Бехтерева. — Л., 1990. — 32 с.
5. Тибилова А.У. Восстановительная терапия психически больных позднего возраста. — Л.: Медицина, 1991. — 168 с.

ВОЛГА ЛЮДМИЛА АНАТОЛЬЕВНА

ведущий специалист, тренер-методист ИНГО / Санкт-Петербургский кризисный центр для женщин; старший преподаватель кафедры акмеологии и психологии Ленинградского областного института развития образования

АРТТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ

АННОТАЦИЯ. В статье описывается авторский опыт ведения арттерапевтичекой группы в Кризисном центре для женщин. Основное внимание уделяется технологии ведения группы с учетом особых потребностей женщин-жертв домашнего насилия. Статья ориентирована на психологов, специализирующихся в области семейной психологии и гендерологии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: женщины, пострадавшие от домашнего насилия, арттерапия, кризисный центр, реабилитация.

Основными задачами арттерапевтической группы являются *усиление моральной позиции женщин, работа с чувством вины, страха, гнева, повышение самооценки, поиск ресурсов для восстановления физического и психологического здоровья, работа с будущим*.

Каждая женщина знает, что все присутствующие в группе имеют схожий травматический опыт. Группа гомогенна, т.е. она только для женщин и ведущая тоже женщина. Это принципиальное условие для подобных групп.

Задачей психолога-тренера является *создание как можно более безопасного пространства*. Это не сложно, если все женщины проходили предварительные консультации и испытывают доверие к кризисному центру и его сотрудницам. Кризисный центр является для них тем местом, где они чувствуют себя более безопасно, чем в реальной обыденной жизни. *Поэтому при создании подобных групп целесообразна предварительная работа: очное консультирование, психотерапия, встречи с юристами*.

При обсуждении групповых правил обязательно обсуждаются нормы, связанные с безоценочными суждениями в отношении друг друга и изобразительных работ. Это сложная задача, так как некоторые женщины пользуются привычными суждениями: «хорошо-плохо», «правильно-неправильно», «красиво-некрасиво», могут ориентироваться на социальную оценку ведущей группы и других женщин. Поэтому необходимо в начале каждого занятия и в течение самого занятия напоминать женщинам, что не важно, насколько хорошо они рисуют и умеют ли рисовать вообще. Цвета нужно выбирать те, которые наиболее импонируют в момент исполнения упражнения, и что никто, кроме самой женщины на этом тренинге, не скажет, что означает рисунок или выбранный цвет.

Если появляется желание что-то сказать о рисунке другой женщины, то необходимо оценивать не сам рисунок, а чувства, которые он вызывает, т.е. говорить только о себе и своих чувствах. Неприемлемо давать советы другим, но важно оказывать психологическую поддержку в безоценочной форме. Ведущей тоже нужно стимулировать активность всей группы и через психологическую поддержку как отдельных участниц, так и всей группы в целом. После исполнения упражнения женщины дают комментарии к своему рисунку. Это очень важный момент тренинга. Так как женщины обычно, с одной стороны, выражают свои чувства (необходимо всячески поощрять их это делать!), а с другой стороны, у женщин появляемся возможность на тренинге рассказать, в связи с чем они испытывают свои чувства. Так или иначе, женщины рассказывают свою уникальную историю совладания с ситуацией домашнего насилия, и разные женщины имеют разный опыт, но некоторые уже, возможно, преодолели наиболее трудные моменты, связанные с принятием решений, которые изменили их жизнь к лучшему. И именно это помогает другим женщинам косвенно обучаться адаптивным стратегиям совладания со стрессом. В то же время женщины могут, если нет желания, не комментировать свои рисунки или вообще не работать над каким-то упражнением. Тогда ведущая группы предлагает ей другое упражнение, уместное в данном случае.

В тренинге используются пастельные мелки с возможностью широкого выбора различных цветовых оттенков (акварель, гуашь, фломастеры, цвет-