

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Под редакцией члена
Армянской Философской Академии
Арутюнян Л. А.

ИЗДАТЕЛЬСТВО ЕРЕВАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

1995

Учебное пособие подготовлено коллективом авторов

Глава 1. “Введение в социальную работу” — В. Коган-Егоян.

Глава 2. “Социальная работа и социальная политика” — 1. М. Кюркчян, 2. М. Кюркчян, 3. М. Андреасян.

Глава 3. “Социальная работа с незащищенными группами населения” — 1. М. Кюркчян, А. Есян, 2. В. Коган-Егоян, Л. Калиян, 3. М. Оганесян, М. Антонян, 4. М. Оганесян, 5. М. Андреасян, А. Кананян, 6. А. Хачатрян, 7. А. Геворкян, С. Арутюнян, 8. А. Тадевосян.

Глава 4. “Социальная работа и девиантное поведение” — 1. В. Коган-Егоян, С. Джамалян, 2. М. Оганесян, Р. Оганесян.

Глава 5. “В помощь социальному работнику” — 2. Р. Оганесян, 4. А. Пахлеванян, Н. Арутюнян

Учебное пособие предназначено для специалистов в области теории и практики социальной работы, студентов, исследователей, всех, интересующихся социальными проблемами.

Коллектив авторов выражает глубокую благодарность Немецкому Обществу Технического Сотрудничества (GfZ), представителям Fachhochschule г. Франкфурт-на-Майне, коллегам, всем, кто способствовал подготовке и изданию данной книги.

Изменяющееся общество, социальные трансформации... Эти словосочетания, прочно вошедшие в лексикон 90-ых годов, отражают тотальность изменений, происходящих во всех сферах нашей жизни. Меняются социальные институты, структуры, технологии, привнося существенные изменения в жизнедеятельность людей, в их представления, социальные ожидания и притязания.

Минимизация роли государства, опередившая разработку новой концепции социальной политики и введение в действие эффективных социальных амортизаторов, фактически разрушила существующую систему социальной защиты. Население, привыкшее быть социально опекаемым, оказалось один на один с трудностями социальной адаптации к изменившимся условиям и принципам жизнеустройства. Результаты не заставили себя долго ждать: резкое ухудшение качества жизни, наступающая дезадаптация и бедность, социальная апатия...

Попытка амортизировать процесс социального перехода посредством гуманитарной помощи имела определенное позитивное значение. Однако временность и ограниченность воздействия этого социального амортизатора заставляют вести поиски путей формирования действенной системы социальной защиты населения.

Западный мир, в целом преодолевший многотрудный период модернизации, предлагает свои модели и наработанный опыт в области коллективной стратегии решения социальных проблем и социальной работы для более успешной адаптации личности в обществе. Но достаточно было недолгого периода увлечения западными моделями, чтобы понять, что социальная работа — это область профессиональной деятельности, сформированная на базе западной культуры. Прямое перенесение ее форм, моделей, технических приемов на отечественную социальную почву вряд ли возможно. Выработанная десятилетиями своеобразная культура нашего социального бытия отторгает западные модели как чужеродные и для приобщения к опыту, накопленному человечеством, потребуются дополнительные усилия. Потребуются внимательное изучение этого опыта и нашего наследия в области социальной защиты населения, разработка, на основе интеграции западных идей в отечественную пра-

тику, национальных моделей социальной работы, подготовка профессиональных кадров социальных работников, построение теоретических основ концепции социальной политики, научные исследования, публикация научной литературы, т. е. условия, без которых ни один вид профессиональной деятельности не может развиваться успешно.

Предлагаемое пособие дает представление о распространенных на западе концепциях и моделях социальной работы. Оно знакомит читателей с логикой и аргументами применения тех или иных подходов, с отдельными видами и техническими приемами, используемыми в каждодневной практике западного социального работника. В пособии имеются ссылки на опыт социальной работы в Армении, которая оказалась в точке пересечения трех стихий: процесса радикальной трансформации политико-экономических устоев общества, естественной катастрофы — Спитакского землетрясения, унесшего тысячи человеческих жизней и причинившего огромный материальный и психологический ущерб населению, карабахского конфликта, сопровождаемого людскими потерями, экономической блокадой, перемещениями и лишениями для значительных масс населения. Стечение всех этих обстоятельств заставило освоить практические навыки раньше, чем подоспеют отечественная теория и концепции социальной работы.

Пособие не могло и не исчерпывает всей глубины и широты западной и отечественной теории и практики социальной работы. Такая задача не ставилась вовсе. Пробудить интерес к социальной работе, дать толчок к дальнейшему освоению глубин этой профессии, помочь приобщиться к богатству опыта, наработанного в цивилизованных странах, — таковы намерения авторов.

Глава I. ВВЕДЕНИЕ В СОЦИАЛЬНУЮ РАБОТУ

СТРУКТУРА И МОДЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Логика становления социальной работы как профессиональной деятельности раскрывается в последовательности этапов ее развития: от первых монастырских богаделен до благотворительных обществ XVIII-XIX вв.; затем этапа “научной филантропии”, ознаменовавшегося осознанным стремлением добровольцев милосердия создать ценностную и теоретическую базу своей деятельности; наконец, “эры Прогресса” (R. Lubove, 1971), начавшейся в 1915 г., когда социальная работа была официально признана самостоятельной профессией.

Социальная работа — это профессиональная деятельность, целью которой является помощь людям, оказавшимся в трудных ситуациях. Социальная работа — продукт своего общества и может быть понята только в его социально-экономическом и культурном контексте.

Основным назначением института социальной работы является удовлетворение потребностей общества. В действительности это означает, что социальная работа, как двуликий Янус, будучи обращена одной своей стороной к обществу в целом в лице его государственных структур, должна выполнять функцию социального контроля в целях сохранения стабильности общества и государства. Другой стороной социальная работа повернута к социально ущемленным гражданам, группам, слоям населения, которые она, по требованию того же общества, призвана защищать от него самого и государства.

Такая двойственность функций социальной работы отражает противоречивость обыденного сознания относительно

людей с проблемами (инвалидов, алкоголиков, иммигрантов, девиантных подростков и т. п.). Эти категории населения вызывают у обывателя одновременно чувства и жалости, и страха “как бы подобное его не коснулось”. Если же речь заходит о наркоманах или бывших заключенных, то страх порождает стремление применить, скорее, карательные, чем воспитательные меры. Таким образом, общество требует от социальной работы быть и его совестью, и его защитой (Z. Butrym, 1992).

Тщательный анализ этой внутривнутрипрофессиональной коллизии показывает, что указанные функции не являются столь уж несовместимыми, более того, они взаимодополняют друг друга. Ведь любовь и заботу трудно отделить от стремления оградить близкого человека от нанесения вреда самому себе, а это, в свою очередь, подразумевает разумный контроль.

Из функции заботы и опеки логически следует функция социальной защиты (*advocacy*), или адвокатская функция. Суть этой функции социальной работы заключается в представлении клиента и его потребностей перед другими социальными институтами и государственными инстанциями, в посредничестве. Главная роль социального работника в этом процессе — грамотно и с учетом нужд клиента определить его требования к обществу и добиться их удовлетворения посредством апеллирования к соответствующим организациям. Все эти функции вместе взятые в конечном счете служат средством примирения социально не защищенного клиента с обществом в целом.

Социальная работа в качестве “института примирения” берет на себя дело осуществления социального компромисса и, с этой точки зрения, служит фактически сохранению существующего политического режима (если режим допускает существование социальной работы¹).

Как видим, объект социальной работы — страдающий,

1. В функции социального примирения опосредованно отражается идеологическая доминантность социальной работы. Социальная работа не может менять государственный строй, но старается воздействовать на него доступными ей средствами.

нуждающийся в помощи человек и социальная группа— задан уже в самой цели этой формы деятельности.

Первыми группами людей, ущемленных в удовлетворении базовых потребностей, были признаны: физически и психически нетрудоспособные (инвалиды), престарелые, дети и подростки, семьи, оказавшиеся в трудных обстоятельствах (R. Pinker, 1970). Позже к ним добавились иммигранты, этнические и субкультурные группы, бездомные, безработные (W. Wickwar, 1936). Наконец, бывшие заключенные и люди, оказавшиеся в критических ситуациях, резко изменивших их жизнь, нуждающиеся в реадaptации к новым условиям (жертвы стихийных, технологических, социальных и личных катастроф). Уже в перечислении “потребностных” групп клиентов социальной работы можно видеть тенденцию, в русле которой она формировалась: с развитием индустриального общества появлялись все новые и новые жертвы “локомотива истории”, а рост общественного нравственного сознания требовал признать их таковыми. Они-то и стали клиентами социальных работников.

ФОРМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ. СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.

Профессиональная помощь в социальной работе осуществляется различными методами в зависимости от типа клиента¹. Исторически сложилось несколько форм социальной работы: индивидуальная социальная работа (case work²), групповая (group work), общинная (community work) и социальная работа в домах-интернатах, или резиде-

1. Клиент — это собирательное понятие, включающее все типы объекта профессиональных усилий социального работника. Клиент может быть представлен одним человеком, группой, общиной или резиденцией. Это и является основанием классификации соответствующих форм социальной работы.

2. Термин “case” (с англ.) означает “индивидуальный случай”, т. е. конкретный больной или клиент, с которым непосредственно, один на один работает социальный работник (в дальнейшем будет обозначаться термином “кейс-работник”).

ниях (residential work). Все эти формы базируются на общих для всей социальной работы базовых нравственных ценностях, но каждая из них имеет свою линию исторического развития, иногда свою теоретическую базу и технические приемы.

История индивидуальной социальной работы начинается с опубликования в 1917г. первого учебника Mary Richmond "Социальный диагноз". Индивидуальная социальная работа продолжает линию, идущую от медицинской социальной работы. С самого начала своей деятельности медицинские социальные работники помогали врачу в индивидуализации пациента, обеспечивая тщательный анализ экономических и социальных условий его жизни.

В начале двадцатого столетия высокопрофессиональные врачи, ставшие свидетелями распространения туберкулеза и сифилиса, причины которых, в основном, коренились в социальных условиях, выражали надежду, что именно социальные работники внесут большой вклад в превентивную медицину — основу здоровья населения. Благодаря их просветительской и попечительской деятельности люди учились понимать, оценивать и контролировать влияние окружающей среды на свое здоровье.

В условиях больниц социальные работники выполняли специфические функции, отличные от функций медицинского персонала. Они обращались к личности больного, активизируя его силы для сопротивления болезни, делая его непосредственным участником лечебного процесса. Медицинские социальные работники были первой группой профессионалов, которые привнесли в социальную работу медицинскую модель ведения¹ клиента. В соответствии с этой моделью процесс социальной работы с клиентом включает, аналогично лечебному процессу, три стадии:

1. наблюдение клиента, сбор данных о его прошлом и текущей ситуации ("анамнез"); 2. оценка ситуации клиента и его проблемы (постановка диагноза); 3. собственно ведение

1. "treatment" (англ.) в переводе: 1) обращение, обхождение; 2) лечение

клиента, помощь в разрешении его проблемы (“лечение”). Однако в социальной работе каждый из этих этапов наполнен иным содержанием.

1. Социальный кейсработник ставит не медицинский, а социальный диагноз. Их различия вытекают прежде всего из различий предмета изучения: врач нацелен, главным образом, на болезнь, социальный работник — на личность больного; далее, врач для постановки диагноза пользуется объективными данными лабораторных анализов, социальный работник, даже вооруженный тестами, никогда не имеет точных объективных данных, которые могли бы стать основой безусловного диагноза. М. Richmond, анализируя процесс постановки социального диагноза, уподобляет его пирамиде и отмечает, что если названная клиентом проблема — вершина пирамиды, то объяснение природы проблемы — это процесс спуска к ее основанию, и чем ближе к основанию, тем шире круг влияющих на формирование проблемы факторов (история семьи, самого клиента, его социальная группа, субкультура и т. д.). Только профессионально собранные и проанализированные данные о всех сторонах жизни клиента могут дать точное представление о его проблеме в целом.

2. Процесс “ведения”, или помощи со стороны социального работника заключается в воздействии на личность клиента и его ближайшее окружение. Он предполагает активное участие самого клиента в разрешении собственных проблем и его личную ответственность за результаты совместной работы.

3. Отношения между социальным работником и клиентом, хотя и напоминают патерналистские отношения между врачом и больным, принципиально отличаются от них благодаря базовым принципам индивидуализации и автономии (см. главу “Нравственные ценности”).

Другая линия развития социальной работы берет свое начало в попечительской функции (физический уход, социальная поддержка). В рамках этого направления появилась общинная социальная работа, работа в домах-интернатах и резиденциях (резидентская работа).

Общинная работа обращена к большим группам людей, проживающим, как правило, в одном географическом ареале (округ, микрорайон), объединенным общими интересами, потребностями и проблемами, часто вызванными дискриминацией (иммигранты, семьи инвалидов).

Общинные социальные работники, ориентируясь на общие для всех членов общины потребности, способствуют улучшению условий их жизни, развитию их солидарности и коллективных усилий, направленных на укрепление общины. Обычно общинные социальные работники живут в той же общине, знают всех жителей лично, пользуются их доверием. Общинная работа включает индивидуальную и семейную социальную работу как свою органическую часть. Но, в отличие от индивидуальной, общинная работа обращена к более общим проблемам, это особый метод социальной работы, требующий знания теорий и инструментария скорее социологического, чем психологического. И все-таки целостный подход к индивиду возможен и имеет место и в общинной социальной работе. Он реализуется совместными усилиями работников социальной службы в общине, каждый из которых специализируется в определенной области практики (медицина, семья, наркология, педагогика). В общинной социальной работе особое значение приобретает адвокатская функция.

Социальный работник в домах-интернатах имеет своими клиентами людей, неспособных самостоятельно обеспечить себе нормальные, с точки зрения данного общества, условия жизни и находящиеся под опекой государства.

Резидентская социальная работа имеет свои особенности и сложности.

В ней акцент делается прежде всего на групповых методах работы, дополненных индивидуальной работой. В резидентской социальной работе особо важное значение приобретают нравственные ценности, поскольку жильцы интернатов ущемлены в своих правах и возможностях. Они зависят от других людей в удовлетворении самых элементарных потребностей: свободы передвижения, автономии, самоактуа-

лизации. Поэтому основной заботой резидентского социального работника является преодоление у клиентов чувства угнетенности и зависимости, пробуждение чувства личного достоинства и самооценности.

Групповая социальная работа применяется в рамках общинной и резидентской работы и часто дополняет кейсработу.

Группа в социальной работе — собрание людей, которые проводят определенное время вместе, считают себя членами данной общности, как таковые воспринимаются окружающими и, главное, имеют общие групповые цели и нормы. Учет этого общего социально-психологического контекста — необходимое условие социальной работы в группе. Группа, при правильном ее ведении групп-работником, становится для своих членов источником личностного роста, самоуважения, развития социальных умений и взаимопомощи.

В вышеописанных формах социальной работы постоянно присутствуют три вида профессиональной деятельности:

- терапевтическая работа (психотерапия и психологическое консультирование);

- физический уход и поддержка;

- помощь в практических вопросах: информация о правах клиента и службах, отвечающих его проблемам, посредничество между клиентом и этими службами, наконец, материальная поддержка и помощь (деньгами, продуктами).

Разнообразие форм и видов социальной работы требовало определения критериев целесообразности и эффективности их применения в той или иной ситуации. Поиск этих критериев выразился в дискуссии о “генерализации” и “специализации” в базовом образовании и практике социальной работы, построении соответствующей системы профессиональной подготовки, организации рационального сервиса (R. Pinker). В соответствии с принципами специализации, на базе общих для всех отраслей социальной работы знаний социальный работник получает специализацию в той или иной форме социальной работы (кейсработа, общинная ра-

бота и т. д.). Соответственно, социальный работник приобретает специфический тренинг в тех видах деятельности, которые более всего необходимы для обслуживания соответствующих “потребностных” групп клиентов (психотерапия и психологическое консультирование; физический уход и поддержка; практическая помощь).

По окончании курса выпускник колледжа или университета получает один из двух типов свидетельства: “сертификат социального работника” и “сертификат квалифицированного социального работника”. Первый дает право осуществлять физический уход, поддержку и практическую помощь, второй — психотерапию, консультирование.

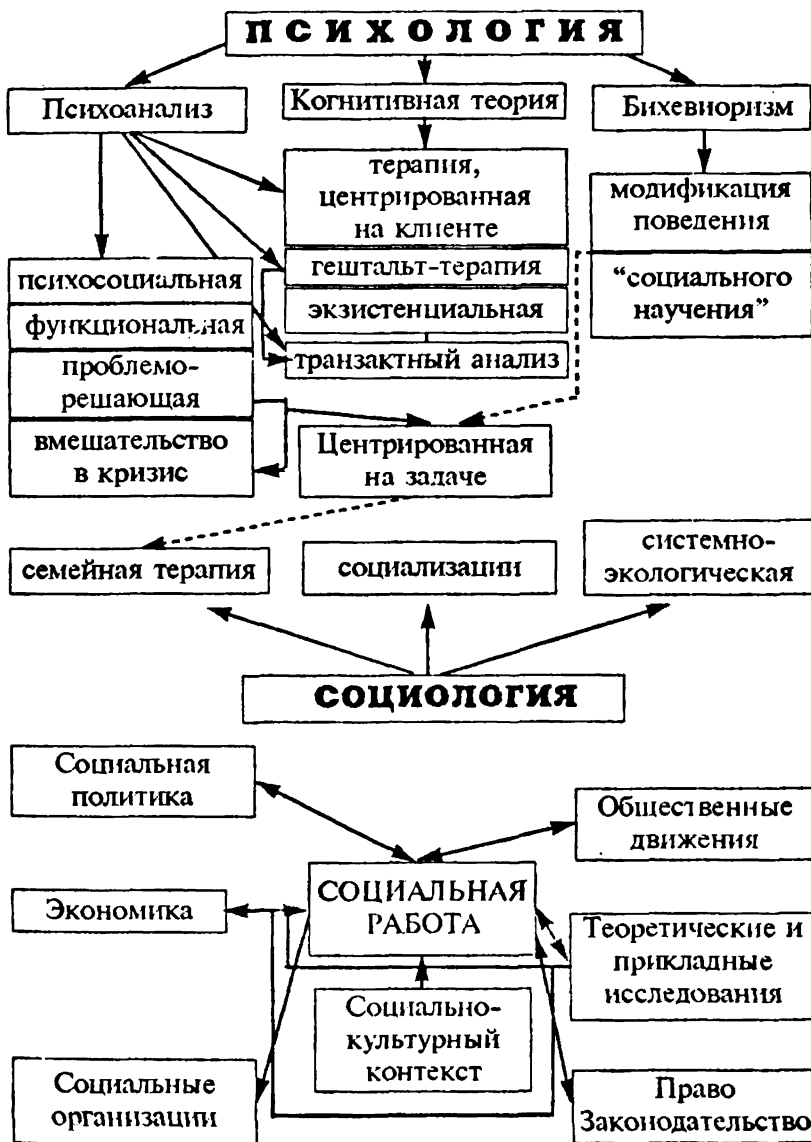
Принцип генерализации в практике социальной работы реализуется двумя путями. Первый путь — социальный работник имеет рабочую нагрузку, равно разделенную по типам “потребностных” групп клиентов. Второй путь обеспечения генерализации заключается в формировании полифункциональной (многопрофильной) бригады социальных работников (каждый из которых имеет свою специализацию), и таким образом клиент социальной службы может получить помощь от любого члена команды, чья специализация (профиль) отвечает его потребностям и запросам. Тем самым в любой социальной службе может быть обеспечен целостный подход к клиенту, удовлетворение всех его запросов. Наиболее полно и эффективно “бригадный” вариант генерализации реализуется в обобщенной социальной работе.

РОЛЬ ТЕОРИИ В ПРАКТИКЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Попытки индивидуальных социальных кейс-работников утвердить для социальной работы статус профессии привели к необходимости уточнения ее теоретической базы, которую практики искали прежде всего в психологии, психиатрии, педагогике.

В качестве своей научной базы социальная работа использует следующие типы теорий:

МОДЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ



1. Теории о социальной работе как профессиональной деятельности, ее сущности и роли в обществе.

2. Теории социальной работы, являющиеся теоретической базой практики социальной работы (базовые теории). Эти теории из различных областей науки — психологии, социологии, теории воспитания и образования — снабжают социальную работу объяснениями природы личности и факторов ее развития, мотивов человеческого поведения (психоанализ, бихевиоризм, марксизм).

3. Прикладные теории практики и методов социальной работы, в деталях описывающие приложение базовых теорий о факторах поведения личности к процессу социальной работы: теория оценки (диагноза), теория ведения (лечения).

Базовые, или стратегические теории задают методологические границы социальной работы как профессии и определяют ее специфические умения. Эти фундаментальные научные теории лежат в основе моделей, или подходов социальной работы (см. схему 1). Но поскольку социальная работа — прикладная область деятельности, то заимствованные ею теории должны пройти процесс освоения, или, по выражению М. Рауне, натурализации. Процесс натурализации заключается в изучении теории, осмыслении и интерпретации ее в приложении к практическим задачам и функциям социальной работы, испытании ее на практике. Например, понятие катарсиса (теория личности З. Фрейда) ассимилировано и применяется в виде техники вентилиации.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРАКТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Теоретик социальной работы М. Рауне предлагает интегральный критерий для определения социальной работы и отграничения ее от других видов социальной деятельности. В практике социальной работы, независимо от типа клиента, видов и форм работы, он выделяет следующие аспекты, связанные прежде всего с общепризнанными базовыми ценностями (R. Pinker):

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ означает, что социальный работник работает с конкретными людьми, избегая их классификации и категоризации. Индивидуализация тесно связана с адвокатской функцией социальной работы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ — чтобы понять конкретного индивида, социальный работник пользуется теоретической базой и знаниями, почерпнутыми из различных гуманитарных дисциплин: психологии, социологии, медицины, педагогики и т. д..

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ между социальным работником и клиентом — средство и условие непрерывности единого процесса социальной работы, так как активное вмешательство в жизнь клиента не может осуществляться эпизодически, не быть эмоционально и нравственно обосновано. Именно во взаимоотношениях социального работника и клиента реализуются базовые ценности социальной работы — индивидуализация, уважение, позитивное принятие клиента.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОНТЕКСТ — социальные службы (агентства) специализируются на определенной форме помощи и специфической группе клиентов. Агентство определяет соответствие представленной клиентом проблемы своей функциональной направленности, регулирует отношения между клиентом и штатным работником, а также является посредником между клиентом и социальным работником, с одной стороны, и государством — с другой.

ПОТРЕБНОСТЬ — важное понятие в социальной работе, уходящее корнями в психодинамически ориентированные теории мотивации. Без понимания и оценки потребностей клиента невозможно построить обоснованные стратегию и тактику действий социального работника. Оценивание потребностей клиента тесно связано с защитной (адвокатской) функцией социальной работы.

ПОДДЕРЖКА СОЦИАЛЬНЫХ ИНСТИТУТОВ — важная функция социальной работы. Через поддержку двух важнейших социальных институтов — семьи и общины — со-

циальная работа утверждает и поддерживает нормы и ценности данного общества.

ЗАЩИТНАЯ (АДВОКАТСКАЯ) ФУНКЦИЯ — решающий аспект практики социальной работы, который призван обеспечить вовлечение индивида в общественную жизнь, связь его с социальными институтами с целью удовлетворения его нужд.

Социальная работа — деятельность, отзывчивая на социально-политические изменения. Поэтому ее развитие в современном обществе тесно связано с социальной политикой.

Социальная политика нуждается в социальной работе как источнике обратной связи. Социальные администраторы, проектирующие реформы в своих кабинетах, не всегда могут предсказать, как эти реформы будут осуществляться в реальности, на уровне конкретного гражданина. Эту информацию должен предоставить правительству социальный работник, непосредственно работающий с людьми, а не с категориями граждан. Более того, социальные работники — непосредственные проводники и исполнители социальных реформ, которые они приспособливают к конкретным жизненным ситуациям клиентов, основываясь на принципе индивидуализации.

Можно утверждать, что в демократическом обществе социальные работники как профессиональная группа достаточно могущественны, чтобы влиять на решения социальных политиков с целью гуманизации реформ.

Для социальных работников возможны несколько путей воздействия на властные структуры (R. Pinker):

- *формированием общественного мнения (через непосредственное общение с клиентами);*

- *обращениями к правительству (через свое агентство как посредническую государственную структуру или непосредственно как самостоятельная профессиональная группа).*

- *собственными научно аргументированными исследова-*

ниями, привлекая на свою сторону научную элиту.

В заключение мы считаем важным подчеркнуть, что все сказанное представляет социальную работу, сформировавшуюся в странах западной культуры, и прямое перенесение ее форм, видов и технических приемов на отечественную социальную почву требует их осмысления и адаптации с учетом наших исторических, социально-политических, культурных реалий.

НЕМНОГО ИСТОРИИ: ОТ ФИЛАНТРОПИИ К ПРОФЕССИИ

Социальная работа существует, по-видимому, с тех пор как появилось человеческое общество, потому что нравственными истоками ее являются милосердие, сострадание, стремление к справедливости. Именно эти чувства лежат в основе общественно-благотворительной деятельности первых филантропических организаций, создания первых домов призрения для нищих, сирых, больных и убогих.

Десять заповедей Ветхого завета и Нагорную проповедь Иисуса Христа можно считать первым этическим кодексом благотворительных организаций и их покровителей-меценатов.

В России традиции общественного призрения идут от князя Владимира, крестившего Русь. Во всех краях и губерниях Российской империи (ныне страны СНГ) функционировали благотворительные общества и заведения (сиротские дома, богадельни, работные дома). Но их деятельность была прервана в 1917 г.

В Англии политика государства по отношению к уязвимым группам населения отразилась в Законе о помощи бедным (Poorlaw), который еще до официального принятия действовал фактически с 1547 г. С самого начала закон преследовал две цели: обеспечить работу всем трудоспособным и опеку нетрудоспособным. В осуществлении второй цели

принимали участие добровольцы обществ милосердия, для деятельности которых государство выделяло определенные материальные ресурсы.

По Акту 1598 г. для неработающих трудоспособных при католических церквях была организована работа на дому. На выручку от реализации продуктов их труда церковь обеспечивала им существование, вместе с тем в каждом графстве или самоуправляемом городе предписывалось строить исправительные дома, весьма похожие на тюрьмы, со строгим режимом содержания тех, кто отказывался работать. В целях удобства во многих графствах и добровольно работающих предпочитали содержать в церковных работных домах. Так появились два типа учреждений: исправительные и работные дома. В городах же считали экономически целесообразным содержать только один, общий тип работного дома, служащий и исправительным заведением, и местом работы для самообеспечения законопослушных жильцов. В 1722 г. власти убедились, что общее проживание в одном работном доме правонарушителей, больных, женщин и детей вело к упадку нравственности и ухудшению положения “благополучных” обитателей. В связи с этим, по принятому в 1782 г. Гилберт-акту нетрудоспособные обитатели работных домов направлялись в богадельни, трудоспособные же привлекались к принудительному труду в фермерских хозяйствах.

Через 70 лет, в 1852 г., был принят закон о выдаче пособий некоторым нуждающимся группам населения, живущим вне работных домов, но неспособным обеспечить себе приемлемое существование. Отбор нуждающихся в помощи на законных основаниях осуществляли добровольцы из благотворительных организаций. В 1869 г. в Лондоне было учреждено Общество по оказанию благотворительной помощи, которое приняло на себя основную ответственность за оценку материальных условий существования претендующих на пособие и за справедливое распределение помощи. В 1877 г. аналогичная организация — “Общество милосердия” — была создана в Нью-Йорке.

С самого начала добровольцы “Общества милосердия” осознавали несовершенство своей гуманной деятельности. Во-первых, нравственную противоречивость функций, которые они выполняли по отношению к государству, с одной стороны, и к страдающему индивиду, с другой. Они делали “святое дело спасения города от нищеты и классового антагонизма” (R. Lubove), и в то же время выполняли заказ государства в соответствии с установленным им принципом “нормированной или пропорциональной справедливости”. Во-вторых, они понимали необходимость научной теории, которая бы направляла их деятельность. “Как милосердие могло быть любовью, если ему не доставало мудрости? Как оно могло быть мудрым, если ему не доставало знания?” (R. Lubove). Тем самым, к концу XIX века были определены два основных условия становления будущей профессии — создание ее ценностной и научно-теоретической базы.

Следующим шагом было стремление к созданию профессиональной службы.

Первым государственным учреждением, в котором появилась социальная служба, стала больница. Врач и больной требовали от социального работника услуг, способствовавших уточнению диагноза и более эффективному лечению. Поэтому социальный работник должен был определить свой профессиональный вклад и его отличие от собственно лечебного процесса и физического ухода за больным. Как следствие этого появилась необходимость найти свое место в иерархии лечебной команды: по отношению к врачу, больному, персоналу, администрации.

Особенно актуальным было разведение функций и статуса социального работника и медицинской сестры, поскольку основную массу социальных работников составляли профессиональные медсестры. Но различия в их функциях были очевидны.

Социальные работники помогали врачу иметь дело с людьми, а не “случаями” или симптомами, преодолевая тем самым деперсонализацию, игнорирование социальных кор-

ней болезней. Это побуждало медицинских социальных работников всерьез заняться систематическим образованием, способным конкурировать со специальной подготовкой врачей.

В 1907 г. в Чикагском университете была основана Школа гражданских прав и филантропии. Этот акт ознаменовал приверженность социальной работы систематическому изучению фундаментальной науки. Концепция искусного и образованного профессионала пришла на смену наивному представлению конца XIX в., что “социальному работнику для того, чтобы хорошо делать свою работу, необходимы только две вещи: много доброй воли и немного такта” (R. Lubove).

Другой областью благотворительной деятельности, которая стала претендовать на самостоятельность, было так называемое “посещающее обучение” (visiting teaching), возникшее в ответ на обезличенность образования в общественных школах. Подобно тому, как врачи видели болезнь, а не больного, школьный учитель видел сознание без ребенка. Министерство образования с пониманием восприняло помощь школьного социального работника и в 1913 г. официально ввело в школу штат посещающих учителей. В области школьной социальной работы подготовка требовала знаний по психологии, теории обучения, общественных ресурсов.

Третьим претендентом на профессиональный статус выступили семейные социальные работники, ведущие свое происхождение непосредственно от “дружеских посетителей”. Появление этой сферы активности было продиктовано осознанием недостаточного внимания социальной работы к семье — наиболее важному социальному институту, хранителю морального, духовного и культурного наследия общества. Когда добровольцы общества милосердия поняли, что они фактически являются специалистами по адаптации семьи в обществе, они предприняли усилия, чтобы освободиться от пут абстрактных экономических критериев в оценке положения семьи и работать с каждой семьей, учитывая ее уникальные обстоятельства и проблемы.

Таким образом, по мнению социальных работников

начала XX в., индивидуальная социальная работа требовала специального мастерства и знаний о человеческом поведении и ресурсах, знаний, которыми не владели добровольцы милосердия.

Именно специальная теоретическая подготовка, отличающая социальных работников XX в. от филантропов XIX-го, знаменовала появление новой профессии— социальный работник.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. W. Wickwar. The Social Services. A historical survey. London, 1936.
2. R.Lubove. The Professional Altruist. Cambridge, Massachusetts, 1971.
3. Z.Butrym. The Nature of Social Work. Hong Kong, 1992.
4. R.Pinker. Social Work and Social Policy, 1970.
5. M.Payne. Modern Social Work. A critical introduction. Hong Kong, 1991
6. R.Pinker. Social Work in an Enterprise Society. London, New-York, 1990.

НРАВСТВЕННЫЕ ЦЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

“Социальная работа — совесть общества.”

Ch. Towel

Социальная работа, подобно медицине, входит в число так называемых “помогающих” профессий. Основная цель социальной работы как профессиональной деятельности — “способствовать благополучию людей, предотвращая и облегчая их страдания” /Z. Butrim, 1979/. Гуманность целей социальной работы предполагает, что моральные ценности заложены в самой ее природе, составляют ее суть.¹

Социальная работа — это профессиональная деятельность, порождаемая и направляемая обществом, частью которого она является /М. Рауне, 1991/. Существовая в более широком социально-культурном контексте, социаль-

1. Что такое моральная ценность? Что есть добро и зло, добродетель и порок? Ответы на эти вопросы искали философы с древности. Диоген Лаэртский писал о Сократе: “Он первым стал рассуждать об образе жизни и о нравственной философии.” /Д. Лаэртский, 1986/. Но до сих пор ни один из этих вопросов не получил однозначного ответа.

В самом общем смысле понятием “ценность” мы обозначаем объекты, явления, абстрактные идеи, воплощающие в себе общественные идеалы и выступающие благодаря этому в качестве эталонов должного в поведении и отношениях между людьми. Являясь продуктом человеческого общества, ценности делятся на две основные группы: ценности “вечные”, общечеловеческие и ценности, обусловленные культурно-исторически, свойственные данному обществу на определенном этапе его развития.

ная работа черпает из него свои ценности. Своеобразие же социальной работы, ее отличие от других помогающих профессий состоит в особом, только ей свойственном способе операционализации общих моральных принципов.

Социальная работа основывается на трех фундаментальных положениях, ставших общечеловеческими ценностями:

1. Уважение к человеку, вытекающее из признания его безусловной ценности, независимо от его реальных достижений и поведения. "Человек — цель в самом себе и не может выступать ни для кого в качестве средства для достижения других целей... Принадлежность к роду человеческому само уже достоинство." /Э. Кант, 1965/.

2. Человек — уникальное социальное существо, реализующее свою уникальность через других людей и зависящее от них в развитии этой уникальности /Z. Butrym, 1979/.

3. Человеку изначально присуща способность к изменению, улучшению, росту, а следовательно, и способность к свободе выбора, принятию решений. Без веры в эту способность невозможно найти обоснование для целей социальной работы, которые предполагают возможность изменения, совершенствования человека и общества.

Социальная работа операционализирует эти высшие моральные принципы в "рабочие", которые непосредственно актуализируются в практической деятельности социального работника. Этих принципов шесть:

1. Безусловное позитивное принятие клиента безотносительно к его личной приятности для социального работника. Как подчеркивает Z. Butrym, "это акт воли, а не эмоция".

2. Индивидуализация, логически вытекающая из общего принципа уникальности, проявляется в том, что социальный работник в общении с клиентом избегает типологизации и входит в уникальную ситуацию данного, единственного в своем роде клиента.

3. Соучастие: клиент — не объект воздействий социального работника, пусть и предпринимаемых из самых гуманных побуждений, но партнер, активный участник поиска решения своей проблемы.

4. Опора на сильные стороны клиента — оптимистическая позиция социального работника по отношению к клиенту и к его способности решать свои проблемы.

5. Обоюдная ответственность клиента и социального работника за выбор действий в процессе решения проблемы.

6. Самодетерминация означает правомочность человека принимать самостоятельные решения и поступать в соответствии с ними.

Рассмотрим каждый из этих принципов подробно.

Безусловное позитивное принятие клиента. Первым акцентировал значение этого принципа Карл Роджерс, основатель терапии, центрированной на клиенте. Он считал, что позитивное принятие создает в отношениях между клиентом и социальным работником благоприятную эмоциональную атмосферу безопасности и теплоты, открыто и искренне выражаемых социальным работником клиенту. Безусловное принятие означает также отсутствие безразличия и раздражения, как бы клиент себя ни проявлял. К. Роджерс был убежден, что основной источник личностных проблем индивида — его ближайшее окружение. Люди с детства чувствуют себя объектом так называемого “условного уважения”, т. е. любви и заботы, получение которых зависит от их поведения.

Под давлением условного уважения индивид вынужден приспосабливаться к нормам общества, часто вопреки своим потребностям, только лишь из страха потерять любовь, уважение, внимание значимых для него людей. С другой стороны, социальной психологией признано, что самообраз индивида развивается, преимущественно, на базе его коммуникаций с окружающими, оценок, получаемых от “значимых других”, прежде всего родителей и воспитателей.

Поэтому человек, получающий положительные оценки окружающих, видит себя как достойного и ценного, ему свойственно более конструктивное поведение и успешность в решении жизненных проблем. Безусловное уважение к клиенту со стороны социального работника создает идеальную ситуацию для развития и роста клиента.

Принцип индивидуализации. Любая типологизация или классификация предполагает обобщение индивидуальных феноменов на основе общих характеристик. Тем самым, любая классификация нивелирует индивидуальные различия и предопределяет отношение к индивиду лишь как к представителю класса, обладающему только типичными признаками.

В распоряжении социального работника есть два вида типологий, которые он может “наложить” на данного индивида — психологическая и нозологическая /медицинская/. Пользуясь первой разновидностью, он видит перед собой, например, “холерика” (классическая типология темпераментов), или “экстраверта” (типология К. Юнга, Г. Айзенка), или “гипертима” (типология К. Леонгарда) — в зависимости от той теории личности, в контексте которой он анализирует поведение клиента.

Типологизация индивида в рамках второй разновидности означает приписывание ему нозологической характеристики, постановку диагноза, заимствованного из области психиатрии: эпилептоид, шизонд, истеронд и т. д.

В обоих случаях для социального работника существует опасность проглядеть данную неповторимую личность, обладающую уникальными возможностями изменения и роста. Классификация может служить этапом на пути к пониманию клиента, но она ни в коем случае не является единственным путеводителем в индивидуальной работе с клиентом.

Принцип соучастия, или партнерства. Этот принцип реализуется в практике социальной работы через поощрение клиента к активному участию в обсуждении проблемы и принятию решений относительно ее.

Социальный работник уважает человеческое достоинство клиента и оберегает его в той мере, в какой вовлекает клиента в принятие решений и последующие действия. Здесь социального работника подстерегает опасность впасть в “спасательскую фантазию” (R. Compton и B. Galaway). Деструктивность этой позиции заключается в уверенности, что спасти клиента может только и только социальный работник. Когда эта уверенность передается клиенту, для него остается только два выхода: или протестовать против унижения и уйти, отказавшись от помощи, или стать еще более зависимым и беспомощным, чем до обращения к социальному работнику.

Один из способов обеспечить активное участие клиента в процессе социальной работы — это передвинуть фокус изучения ситуации с “потребностей” на “нужды”. В общественных науках и помогающих профессиях термин “потребность” часто толкуется с точки зрения профессионала-исследователя или представителя администрации государства и по существу является мнением последних о том, что необходимо людям, что хорошо, полезно, благотворно и т. д. для них. Понятием “нужда” (недостаток, нехватка) определяется субъективное (с точки зрения нуждающегося) когнитивно-аффективное состояние, включающее мысль, что чего-то не хватает, что-то желаемо, и ощущение напряжения, вызванного отсутствием желаемого. Когда человек переживает это состояние, не имея в своем распоряжении средств удовлетворения желаемого, он воспринимает свое состояние как проблему. Таким образом, если “потребность” — это в большей мере оценка со стороны наблюдателя, то “нужда” — выражение человеческого желания.

Историческая традиция социальной работы исходила из объектированного термина “потребность” и поэтому, столкнувшись с “немотивированным” клиентом, социальный работник с недоумением убеждался, что последний “почему-то” не хочет получить то, что социальный работник определяет как нужное для него. А чего не хватает самому клиенту, чего он сам хочет? Можем ли мы помочь ему в этом

или должны стараться изменить его желания? Ответить на эти вопросы трудно, но они помогают усмирить наш мессианский энтузиазм и понять истинные нужды человека, ищущего помощи, не нарушая его права на достоинство и партнерство.

Принцип опоры на сильные стороны клиента. Направленность практики социальной работы на “неблагополучных” членов общества (бездомные, инвалиды, безработные и т. д.) создает профессиональный риск видеть, главным образом, слабые стороны клиента и меньше опираться на его сильные стороны. Из рассмотренных выше принципов следует, что главное направление наших усилий — в мобилизации и использовании сил и способностей клиента и его социального окружения для разрешения проблемной ситуации, хотя мы и должны учитывать при этом слабость и патологию, если они имеются. Опора на сильные стороны подразумевает также уважение достоинства клиента, его способность преодолеть трудности, признание возможности его партнерства и, следовательно, создает и усиливает его мотивацию к росту.

Принцип взаимной ответственности клиента и социального работника. В качестве “доказательства от обратного” отметим, что отношение к человеку как неответственному за свои решения и поступки означает отрицание его силы и способности помочь себе и, следовательно, отсутствие уважения к нему.

Что такое ответственность? В разговорном языке слово “ответственность” может ассоциироваться со словами “обвинение”, “наказание”. Слово “ответственность” в этом смысле, как последствие деяний, которые контролируются или наказываются профессионалами (должностными лицами), не пригодно для практики социальной работы. В социальной работе ответственность понимается в экзистенциальном значении этого слова. “Человек ответственен за то, что он есть... Таким образом, первым делом экзистенциализм отдает каждому человеку во владение его бытие и возлагает на него полную ответственность за существование” /Ж. П. Сартр “Экзистенциализм — это гуманизм”, 1989/.

Роль социального работника в поощрении и развитии ответственности клиента заключается в совместном анализе последствий для клиента его собственных действий и в обоснованных ожиданиях в отношении клиента. В случае, если эти законные, заранее оговоренные или общепринятые в контексте данной культуры ожидания клиент не оправдывает, то социальный работник вправе требовать от него ответа за свое поведение. Например, если клиент не выполняет обещание, данное социальному работнику, то последний обязан обсудить с ним причины и последствия такого поведения. С другой стороны, и клиент также имеет право спросить с социального работника, если тот не отвечает ожиданиям клиента (отсутствовал в назначенное время, не предоставил обещанной информации). Безусловно, непогрешимых людей нет и ответственность социального работника выражается в том, чтобы, не впадая в авторитарность, признать и извиниться перед клиентом за свою оплошность или необязательность.

Принцип самодетерминации. По мнению Р. Spiecker /1990/, понятие “самодетерминации” — только часть системы идей, относящихся к свободе и автономии. Идея свободы представляется центральной в этой совокупности. Свобода как понятие включает, в свою очередь, три понятия:

1. *негативная свобода, или свобода от принуждения, вмешательства других;*
2. *позитивная свобода, или возможность действовать; очевидно, что негативная свобода является необходимым условием свободы позитивной;*
3. *психологическая свобода, предполагающая психологически не ограниченную способность (интеллектуальную, эмоциональную) выбирать. Так, наркоман не может быть психологически свободным, потому что он не способен осуществить выбор действий, будучи ограничен своим пристрастием;*

Далее, свобода, как и самодетерминация, связана с авто-

номией. Идея автономии означает, что каждый индивид способен принимать решения за себя. Различие между самодетерминацией и автономией заключается в том, что человек, обладающий автономией, свободен принимать решения, но человек самодетерминированный волен и решать, и действовать в соответствии с принятым решением. Например, инвалид, может быть способен принимать решения, но не способен действовать без помощи других. Таким образом, он — автономный субъект, но не самодетерминированный. Поскольку самодетерминация (как и обуславливающие ее свобода и автономия) подразумевает выбор, то операционализация этого принципа в практике социальной работы требует расширения ряда альтернативных решений, ибо, не имея выбора, человек не имеет возможности для самодетерминирования.

Поиск и предложение клиенту альтернатив со стороны социального работника могут принимать различные формы: новые решения и новые возможности в социальном окружении; новые способы реагирования на требования среды, в том числе устранение или изменение шаблонов понимания или поведения, мешающих клиенту самому видеть альтернативные способы реагирования на запросы социальной среды.

Означает ли самодетерминация, что социальный работник не должен давать советов или высказывать своего мнения о возможных подходах к решению проблемы? Нет и еще раз нет! Это такая же крайность, как и попытка все решать за клиента. Приверженность принципу самодетерминации не означает, что социальный работник не должен привлечь внимание клиента к наиболее желательной альтернативе. Более того, поделиться с клиентом своим мнением, опытом, информацией о возможных источниках решения проблемы и означает расширить возможности его самодетерминации.

В практике социальной работы встречаются случаи, когда необходимо ограничение самодетерминации клиента. Что это за случаи? Вслед за D. Watson повторим, что “непрощенное вмешательство любого рода в дела индивида оправда-

нно только там, где есть опасность серьезного вреда другим” /цит. по P. Spiecker/. Что же касается вреда самому себе, то право индивида на свободу выбора выше его права на благополучие (Fr. Reamer).

Самодетерминация клиента может быть ограничена властью социального работника также ввиду отсутствия у данного индивида психологической свободы выбора, например, вследствие неспособности осознать последствия своего решения.*

Таким образом, ограничение самодетерминации со стороны социального работника оправданно только для двух типов клиентов: для нуждающихся в опеке вследствие своего зависимого статуса (дети, инвалиды, престарелые) и для нарушителей норм человеческого общежития (наркоманы, психически больные, преступники). В первом случае принуждение оправдывается необходимостью защиты клиента, во втором — целью его реабилитации. Но и в этих случаях социальный работник, верный принципу самодетерминации, будет искать как можно больше альтернативных подходов к решению проблемы, чтобы вовлечь самого клиента в принятие решения и выбрать наиболее приемлемый, желательный для него вариант жизнеустройства. Приведем пример. Одинокий старик должен быть помещен в дом престарелых. Сам старик отказывается переселиться, несмотря на трудности, связанные с уходом за собой и за жилищем. Социальный работник, работая непосредственно и с клиентом, и с его ближайшим социальным окружением (соседи), сумел создать вокруг старика атмосферу сочувствия и заботы. Соседи, почувствовав поддержку и помощь должностного лица, согласились взять на себя опеку над стариком и тем освободить его от принудительного переселения в дом престарелых.

Следует добавить, что реализация принципа участия, как и других этических принципов, в практике сталкивается с неоспоримым фактом проявления патернализма в действиях социального работника.

* Но для этого необходимо заключение психиатрической экспертизы.

Термин “патернализм” происходит от слова paternal (отцовский). Проблема патернализма как аттитюда социального работника является предметом острых дискуссий в связи с тем, что признание его ассоциируется с ограничением свободы клиента и противоречит базовому принципу уважения достоинства человека. Патернализм социального работника также ограничивает реализацию принципов партнерства, опоры на сильные стороны клиента, самодетерминации. Сторонники патернализма приводят доводы, оправдывающие использование его в практике социальной работы. Так, Е. Sainsbury, автор статьи “Участие и патернализм” считает, что применение элементов патернализма оправданно двумя основаниями:

1) санкциями, которые социальное законодательство накладывает на социальных работников как государственных служащих;

2) моральными предпосылками, подразумевающими “доброе отцовство”. Более того, Е. Sainsbury упоминает ситуацию, когда сам клиент предпочитает социального работника, уверенного в себе, даже властного, который внесет ясность и порядок в хаос мыслей и переживаний, переполняющих его. Автор подчеркивает, что “этика любви не обязательно несовместима с этикой долга, когда последний требует придерживаться твердой (патерналистской) линии поведения”, которая, однако, должна проводиться с учетом мнений, чувств, прав клиента. Наконец, принцип участия и обоюдной ответственности также требует, чтобы социальный работник был прежде всего профессионалом, ибо только дружелюбность, добрая воля и теплота не могут быть достаточными средствами помощи.

Социальная работа не изобретает собственных ценностей, но заимствует их у того общества, внутри которого существует. Специфичность культурного контекста ограничивает применимость западной модели социальной работы вне стран западной культуры /М. Payne, 1991/. Следовательно-

но, нам в странах бывшего СССР придется самим создавать новую, с учетом особенностей своей страны, модель социальной работы.

Специалисты, готовящиеся стать социальными работниками в постсоветском обществе, находятся в сложном положении прежде всего потому, что социальная работа зарождается в обществе переходного периода с меняющимися ценностями.

Моральные ценности коллективистского тоталитарного государства были большей частью надиндивидуальными. Вспомним у В. Маяковского: “Единица! Кому она нужна?!. Единица — вздор, единица — ноль...” /В. Маяковский, 1988/. На этом воспитывались поколения. Советский человек был обязан во имя общего дела, мировой революции, будущего счастья человечества и других отвлеченных идей отказаться от личных целей, достижений и даже, если потребуется, от близких людей. Формально все общечеловеческие ценности признавались, но в обществе, разделенном на “своих” и “чужих”, лояльных граждан и “врагов народа”, или “диссидентов”, господствовала двойная мораль, позволяющая соблюдать нравственные принципы в отношении к первым, и забывать о них, когда речь шла о второй категории граждан. В конечном счете, решая судьбу индивида или целого народа, власть руководствовалась единственным моральным критерием: интересами классовой борьбы, а позже — построения социализма.

В условиях транзитивного общества с еще только зарождающейся демократией социальный работник стоит перед более серьезными проблемами, чем его европейский или американский коллега, и поэтому от него требуется не только знание исторического наследия социальной работы, но и чуткость к социальным изменениям (политическим, экономическим, правовым), творческая активность и гражданское мужество в отстаивании нравственных ценностей своей профессии.

Профессиональная этика социального работника определяет его ролевую позицию и отношения с другими людьми,

включая клиентов и коллег. Она представляет собой набор обязательств, соответствующих этой ролевой позиции, и положений об этической ответственности за исполнение своей социальной роли. Выполнение этического кодекса обязательно для всех социальных работников, какой бы модели социальной работы они ни придерживались.

Различные модели социальной работы основываются на общей для всех подходов этической базе, но в силу своих теоретических и методических особенностей по-разному акцентируют те или иные ценности. Так, все модели социальной работы, имеющие психодинамические и экзистенциальные корни, признают примат личности клиента в процессе решения его проблем, важность терапевтических отношений между социальным работником и клиентом:

— *“Взаимоотношение играет центральную роль в психосоциальном терапевтическом процессе” /Fl. Hollis, 1970/ — психосоциальная модель;*

— *“Взаимоотношение между клиентом и социальным работником имеет уникальное значение в функциональной модели” /R. Smalley, 1970/;*

— *“Сила взаимоотношения помогает клиенту двигаться от отчаяния к надежде, от душевной сумятицы к уравновешенности” /H. Perlman, 1970/ — проблеморешающая модель.*

Именно через взаимоотношение как компонент и средство социально-рабочего процесса реализуются принципы взаимной ответственности, индивидуализации, самодетерминации и партнерства.

Противоположную позицию занимает бихевиоральный подход к социальной работе, или модель “модификации поведения”. Социальная работа долго относилась к этой модели с неодобрением. Основные возражения сводились к следующему: “модификация поведения основана на инструментальном взгляде на человеческую природу (переоценка биологических компонентов человеческой натуры в ущерб пси-

хологическим и духовным) и не в ладу с ценностями, которые акцентирует социальная работа: целостность человека, качество взаимоотношения и самодетерминация” /Y. Pierson, 1994/. Основная цель вмешательства социального работника в рамках этой модели — изменить (модифицировать) неконструктивное поведение или обучить конструктивным образцам поведения, используя технические приемы теории научения. Т. е. специалист работает с симптомами (дисфункциональное поведение), но не с личностью клиента.

Пытаясь непредвзято оценить приемлемость бихевиоральной модели социальной работы Y. Pierson приводит четыре аргумента:

1. Фокусирование исключительно на поведении затрудняет адаптацию бихевиорального подхода в практике социальной работы, ориентированной на попечительство, заботу, защиту клиента, и поэтому он приемлем только в специфических областях социальной работы (детские дома, дома для престарелых и т. п.) в сотрудничестве с клиническим психологом.

2. Представления о нормальном и неадаптивном поведении черпаются из общей культуры и не учитывают иные образцы поведения, например, этнических меньшинств. В этом случае то, что кажется неадаптивным или дисфункциональным, с бихевиористской точки зрения, может быть просто реакцией “чужеземца” на враждебное социальное окружение (цит. по Freeman, 1990).

3. Бихевиоральный подход придерживается безусловного и откровенного патернализма со стороны социального работника.

4. Указанные ограничения препятствуют реализации сильных сторон этого подхода: а) социальный работник-бихевиорист получает доступные наблюдению и измерению результаты; б) технические приемы ясные, легко применимые; в) описание проблемы в терминах “стимул-поведение-последствие”.

действия" является полезным дополнением к профессиональной культуре, которая долго пользовалась туманной терминологией /Y. Pierson, 1994/. Подход предлагает конкретные ответы на конкретные, тщательно диагностированные проблемы и нет серьезных оснований не использовать его преимущества в социальной работе.

Наконец, в последние годы наметилось обогащение бихевиорального подхода когнитивным, что привело к созданию теории социального научения и когнитивно-бихевиоральной терапии в социальной работе. В ней больше места уделяется мотивации клиента (желанию работать с "проблематичным" поведением) и его мыслительным конструкциям, обуславливающим внешне наблюдаемое поведение. Все это делает когнитивно-бихевиоральную терапию более совместимой с ценностями и задачами социальной работы.

Следование моральным принципам социальной работы в практике само часто представляет этическую проблему. Дело в том, что культура современного общества характеризуется разнообразными ценностными предпосылками, из которых более общие не согласуются подчас с ценностями нижележащего специфического уровня. Поэтому, чтобы реализовать этические принципы в своей практической деятельности, социальный работник должен ответить на вопрос "как?", каким образом приложить эти абстрактные понятия (уникальность, достоинство человека) к конкретной ситуации. В тех же случаях, когда социальный работник стоит перед выбором действий, диктуемых конкретной ситуацией клиента, он отвечает на вопрос "почему?", т. е. пытается их обосновать (или отвергнуть), исходя из высших моральных принципов. Размышляя о ценностях на этих двух уровнях — общем и единичном — мы вынуждены признать, что общее согласие достигается тем успешнее, чем выше уровень ценностей, и наоборот, чем ближе к конкретной ситуации, тем более спорной становится их реализация, тем сложнее разрешение дилеммы. С другой стороны, социальный работник имеет этические обязательства одновременно перед многи-

ми людьми, и следование определенному моральному принципу по отношению к одному человеку может вести к нарушению этого же принципа по отношению к другому человеку (напр., соблюдение принципа самодетерминации по отношению к человеку, задумывающему действия против благополучия другого, нарушает самодетерминацию последнего). Подобного рода конфликты выступают в практике социальной работы как этические дилеммы.

“Этическая дилемма — это ситуация, в которой социальный работник в своей ролевой позиции не может одновременно реализовать этические обязательства перед двумя участниками процесса без нарушения этической приверженности к одному или другому” /Compton, Galaway, 1989/.

К сожалению, часто этической дилеммой называют ситуацию, в которой проявилась профессиональная некомпетентность социального работника. Одним из факторов, способствующих подобному представлению об этической дилемме, является переоценка принципа конфиденциальности.

Конфиденциальность как ценность в практике социальной работы означает неразглашение сведений, полученных от клиента. Социальный работник часто оказывается в трудной ситуации, когда сведения содержат, например, угрозу вреда самому клиенту или окружающим. Но подобные ситуации не могут рассматриваться как этические дилеммы, так как социальный работник безусловно должен передать такие сведения в соответствующие инстанции.

Поэтому Compton и Galaway считают, что есть серьезные основания пересмотреть понятие конфиденциальности как этической ценности и определить границы и критерии ее влияния на практику социальной работы.

Возражения против безусловного соблюдения принципа конфиденциальности сводятся, по существу, к тому, что его абсолютизация сама приводит к нарушению фундаментальных этических принципов социальной работы.

1. Слепое следование этому принципу в практике фактически ограничивает ответственность клиента за свои высказывания и их последствия.

2. Безусловное соблюдение принципа конфиденциальности приводит к значительному сокращению выбора способов решения проблемы.

3. Конфиденциальность, в конечном счете, изолирует социального работника и клиента от более широкой поддерживающей системы в социуме и, следовательно, нарушает принцип опоры на сильные стороны клиента и его окружения, а тем самым и принцип самодетерминации.

Остается добавить, что из спорности принципа конфиденциальности не следует отрицание его ценности в социальной работе.

Все сказанное вовсе не означает, что этические дилеммы не имеют места в практике социальной работы. Fr. Reamer называет три сферы практики, в которых социальный работник сталкивается с дилеммами.

1. Отношения социального работника с клиентом (напр., условия нарушения конфиденциальности при сообщении клиентом о его намерении тайно уехать, бросив семью).

2. Отношения социальной работы и социальной политики государства (напр., план сноса старого района города создает серьезные проблемы для пожилых людей, вынужденных лишиться привычного социального окружения и обжитой инфраструктуры).

3. Отношения социального работника с коллегами (напр., обязанность сообщить о некомпетентности или виновности коллеги).

Какова роль теоретических знаний в деле решения этических дилемм? Достаточно ли быть преданным своему делу, кодексу чести, чтобы успешно решать этические дилеммы? Могут ли научные знания служить равноправным аргументом в этически спорных ситуациях?

Соотношение знаний и морали в практике социальной работы хорошо иллюстрируют слова Dr. Johnson /цит. по О.

Stevenson Knowledge for Social Work, 1971/: “Честность без знаний слаба и бесполезна, знания без честности опасны и ужасны”.

При возникновении этической дилеммы знания, релевантные проблемной ситуации, могут служить главным арбитром при выборе решения.

Более того, именно отсутствие нужных знаний приводит к иллюзии, что данная ситуация неразрешима по этическим основаниям. R. Compton и B. Galaway подчеркивают необходимость разграничения роли знаний и ценностей в социальной работе: ценности — руководство к действию, а не “смирительная рубашка”, и в тех случаях, когда ценности и знания ведут к противоположным выводам о ситуации, слово за знаниями, но если знаний недостаточно, ценностная предпосылка становится главным мериллом. Например, в работе с подростком знания о закономерностях и этапах детского развития являются приоритетными в сравнении с принципом самодетерминации.

Среди социальных работников есть мнение, что этические дилеммы можно разрешить, установив следующую иерархию ценностей и принципов (см. Fr. Reamer):

1. Защита необходимых условий деятельности индивида — жизни, здоровья, пищи, душевного равновесия — важнее защиты от вреда, происходящего из обмана, мошенничества, нарушения тайны или от угрозы тем сферам жизнедеятельности, которые улучшают качество жизни, но не необходимы для нее. Т. е. позволительно разгласить сведения, сообщенные клиентом, если этим предотвращается серьезный вред здоровью другого человека.

2. Право одного индивида на необходимые условия деятельности выше права другого индивида на свободу. Социальный работник должен уважать право человека на свободу, но только до того момента, когда его свобода начинает серьезно угрожать благополучию другого человека. Т. е. допустить не препятствовать клиенту, уклоняющемуся от лечения, но необходимо помешать клиенту нанести вред другому.

3. *Право индивида на свободу выше его же права на благополучие. Так, позволительно препятствовать свободе человека, угрожающего вредом другому, но не позволительно мешать клиенту, поведение которого очевидно саморазрушительно, при условии, что его выбор сделан в здравом рас­судке и не по принуждению извне: например, алкоголизация.**

4. *Обязательство подчиняться законам, нормам и ин­струкциям, добровольно и свободно взятое на себя, исключает право участвовать в деятельности, противоречащей этим законам, нормам, инструкциям. Т. е. социальные работники обязаны подчиняться правилам и политике своей социальной службы (агентства), и Национальная Ассоциация Социаль­ных Работников данного государства имеет право осудить своих членов, нарушающих соответствующие нормы пове­дения.*

5. *В случае конфликта, право индивида на благополучие отменяет правила или предписания добровольных организа­ций, мешающих реализации этого права; например, даже если правила организации запрещают социальному работни­ку частную практику, то срочный вызов к клиенту, совер­шившему попытку самоубийства, позволяет нарушить этот запрет.*

Предложенное руководство представляет собой попытку упорядочения ценностей в случаях конфликта между ними и может быть использовано для анализа этических дилемм. Но важно иметь в виду, что ни одно руководство не может раз и навсегда обеспечить специалиста ясными общепри­знанными решениями всех возможных дилемм. По самой природе подобные руководства оставляют возможность ин­терпретации и размышления над каждым отдельным случа­ем и тем стимулируют творческую активность работника.

В качестве примера этической дилеммы приведем случай из практики английского социального работника.

* Но, как мы уже отмечали, здесь необходима психиатрическая и юридическая (в связи с вопросом о принуждении извне) экспертиза.

Мисс Смол 18 лет, Джен — ее незаконнорожденная дочь. Детство мисс Смол прошло в детских домах и, несмотря на нормальный интеллект, она была только лишь грамотна. Она никогда не имела постоянной работы. Социальный работник мисс Сад знала свою клиентку в течение двух лет. Будучи беременной, мисс Смол выражала желание иметь ребенка и собиралась сама за ним ухаживать. Но это оказалось только намерением, так как она ухаживала за ребенком не больше двух недель, а потом исчезла, оставив его в роддоме. Вскоре она вернулась, и ей предоставили комнату в общежитии для одиноких матерей с детьми. Через месяц она вновь исчезла, оставив девочку в Доме ребенка. Спустя несколько недель она вернулась и просила дать ей возможность жить с дочерью. В беседах с социальным работником она вспоминала свое трудное детство и мечтала, что будет жить со своей малышкой, чтобы дать ей то чувство безопасности и поддержки, которых сама не имела в детстве. Потом Джен отдали в дневные ясли, чтобы мисс Смол могла работать, но она не навещала девочку и однажды, в приступе отчаяния и тревоги, попросила отдать дочь приемным родителям на время, пока она не устроится.

Мисс Сад пыталась обсуждать с мисс Смол будущее Джен. Мисс Смол говорила о ребенке как о единственном родном существе, но по-прежнему пропускала визиты к дочери. Стало ясно, что она не сможет воспитывать дочь, но удочерить Джен, по закону, можно было только с согласия матери. Для матери всегда трудно навсегда отказаться от ребенка, но руководство социального сервиса было настроено против мисс Смол. С другой стороны, законодательство и мораль настаивали на приоритетности защиты ребенка. Когда Джен было 3 года, ее удочерили.

Рассмотрим эту ситуацию как этическую дилемму. История развития социальной службы для одиноких матерей отражает путаницу в моральных предписаниях. В средние века женщина, имеющая незаконнорожденного ребенка, подвергалась наказанию и исправлению не без сострадания к ней и в интересах ее благополучия. Таким образом, приори-

тет отдавался благополучию матери: без ребенка, живого доказательства ее аморальности, у нее был шанс восстановить свой престиж в обществе. С другой стороны, высокий уровень детской смертности, особенно среди незаконнорожденных, безрадостное будущее для оставшихся в живых, порождало вынужденный, но реалистический фатализм, исходя из которого не стоило очень стараться ради обеспечения их будущего.

В XIX веке появилась идея, что ребенок может служить средством реабилитации матери, и благополучие обоих — в жизни вдвоем. Этому способствовало возросшее благосостояние общества. Экономика государства и благосостояние граждан всегда взаимосвязаны. Так, с одной стороны, обеспечение большого числа детей институтом ухода было дорогостоящей мерой, с другой стороны, психологические исследования показали, что уход за детьми в детских домах чреват вредными для них последствиями, и им жизненно необходима для правильного эмоционального развития теплота непрерывных отношений с матерью или ее заместителем. Эта удобная интеграция рациональности и морали подкреплялась психологическими теориями о потребностях и мотивах одиноких матерей. Психологи убедились, что рождение внебрачного ребенка часто связано с семейными и личными проблемами: мстью всему мужскому роду, желанием иметь родного человека, которого любишь и который будет любить тебя. Отделение ребенка от матери вело лишь к замене потерянного ребенка другим. И опять-таки, даже в государстве благоденствия, одинокие матери, как правило, жили в нищете, незаконнорожденные дети эмоционально и физически развивались хуже, чем их сверстники из полных семей. Финансовые трудности одинокой матери привели к необходимости учреждения института усыновления. Государство поощряло практику усыновления в интересах детей, чьи родители оказались неспособными управлять своей и их жизнью. Мисс Сад все это знала. Моральная трудность выбора решения усугублялась еще и тем, что, хотя поведение мисс Смол было непредсказуемым, она, по сравнению со

многими клиентами сервиса, была свободна от проблем. Она не злоупотребляла наркотиками или алкоголем, не была связана с порочной компанией, не нарушала законы. И все же, поскольку она не использовала выгоды, предоставленные социальной службой для благоустройства ее жизни с дочерью, а законодательство требовало от социального сервиса отдать предпочтение благополучию ребенка, то социальный работник вынужден был пойти на ограничение принципа самодетерминации клиента и лишить мисс Смол родительских прав.

И все же, хотя по закону и по велению долга и совести социальный работник выбрала именно это решение, ее продолжало преследовать чувство несправедливости, допущенной по отношению к мисс Смол, поскольку она, как и ее дочь, была жертвой социальных условий, которые не в силах изменить социальный работник /по "The Values of Change in Social Work", 1989/.

Приведенный случай дает яркую иллюстрацию: 1) использования социальным работником знаний перед лицом этической дилеммы; 2) влияния государственной и социальной политики на решения социального работника как государственного служащего; 3) приверженности социального работника этическим принципам самодетерминации клиента и одновременно благополучию зависящего от него индивида; 4) человеческих сомнений истинного социального работника, его "мук совести" при выборе решения, которое он, будучи юридическим лицом, имеет законное право претворить в жизнь.

В заключение остается добавить, что все сказанное о моральных ценностях, составляющих смысл и оправдание социальной работы, мы адресуем прежде всего и превыше всего тем студентам, которые собираются стать социальными работниками "по зову сердца", у которых "смыслопорождающим" мотивом выбора профессии является желание помогать людям, облегчая их страдания.

Теоретические знания, технические умения и даже формальное выполнение Кодекса профессиональной этики, не

согреты искренней теплотой и состраданием к людям, не сделают из вас истинных профессионалов, потому что социальная работа — “это образ жизни, а не только место работы” /Mc. Dougall. The Obligation of Profession Social Work Today, 1970/.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Z. Butrym. The nature of Social Work. Hong Kong, 1979.
2. Дюген Лазертский. О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов. М., 1986.
3. M. Payne. Modern Social Work Theory, A Critical introduction, Hong Kong, 1991.
4. Э. Кант. Собр. соч. в 6-ти томах, т.4 (2), М., 1965.
5. R. Compton, B. Galaway. Social Work Processes. New York, 1989.
6. Ж. П. Сартр. “Экзистенциализм — это гуманизм” в кн. “Сумерки богов”. М., 1989.
7. P. Splecker. Social Work and Self-determination. British Journal of Social Work (1990) N20.
8. R. Roberts R. Nee Theories of Social Work. Chicago, London, 1970.
9. E. Sainsbury. Participation and paternalism in: The Values and Change in Social Work, London, New York, 1989.
10. В. Маяковский, Собр. соч. в 2-х томах, т.2, М., 1988.
11. Fl. Hollis. The Psychosocial Approach to the Practice of Casework in: Theories of Social Work, 1970.
12. R. Smalley. The functional Approach to Casework Practice (там же)
13. H. Perlman. The Problem Solving Model in Social Casework (там же).
14. Y. Pierson. The Behavioral approach to Social Work in Practising Social Work. London, New York, 1994.

Глава II. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА И СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА КАК КОЛЛЕКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ РЕШЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

Концепция социальной политики возникла на западе после второй мировой войны. Она базировалась на идее необходимости государственного регулирования с целью минимизации воздействия стихии свободного рынка на социальную сферу. Многочисленные целевые социальные программы с конца 40-ых годов качественно изменили западное общество, которое стало называться Обществом Социального Благополучия и претворять в жизнь эту новую концепцию.

Социальные программы, обусловившие изменения социально-экономической модели западного общества, были направлены на:

— *значительное расширение сферы социальных услуг: укрепление системы социальной защиты, здравоохранения, образования, жилищного обеспечения, обслуживания престарелых и инвалидов;*

— *выдвижение задачи обеспечения полной занятости в ряд наиболее приоритетных целей общества;*

— *национализацию различных общественных сфер.*

Концепция общества социального благополучия пришла

к западным странам не вдруг. Она была закономерным результатом развития западного общества, в котором были созданы все необходимые предпосылки: национальное государство с развитой системой демократических институтов и традиций, необходимые ресурсы, опыт успешной реализации отдельных социальных программ, которые осуществлялись в западноевропейских странах с начала XX века¹.

Однако поворотным пунктом качественного изменения концепции социальной политики и самого государства стал послевоенный период, когда сформировалась идеология приоритета социальных прав личности, допустимости регулирования рыночных отношений. Во многом способствовали утверждению новой концепции социальной политики особый моральный климат послевоенного периода, требование стабильности, гарантии от политического экстремизма, в лице фашизма и коммунизма.

В результате войны во многих странах Европы актуализировалась проблема реконструкции социальных и экономических институтов, не отвечающих новым настроениям в обществе.

Война в той или иной мере коснулась практически всех. Страдания, которые пережили люди, ослабили классовые барьеры. Сформировалось убеждение, что принесенные жертвы должны быть возмещены созданием лучшей жизни, полной занятостью, более широкими социальными возможностями. Было достигнуто общественное согласие вокруг идеи равенства, справедливости и смягчения социальных противоречий в обществе. Война заставила общество согласиться с высокими налогами во имя общей цели и с необходимостью государственного регулирования экономики.

1. С 1900-ых годов в Германии осуществлялись программы социального страхования по болезни, трудовым травмам, пенсионному обеспечению. К 1911 году во всех западных странах имелись компенсационные программы для рабочих. В 1913 году впервые в Швеции были внедрены страховочные пенсионные схемы, охватившие все население. Страховка по безработице стала практиковаться в Великобритании в 1911 году, в 1927 году — в Германии, в 1935 году — в США, в 1944 — в Канаде. К 1913 году многие страны адаптировали программы страхования в области здравоохранения.

Немаловажное значение имела и коллективная память о периоде “Великой депрессии” 1930-х годов, который не оставил сомнений, что свободный рынок сам по себе не только не решает, но и обостряет социальные противоречия.

Необходимо оговорить, что развитие западных стран, переживших беспрецедентный экономический бум, в последний период протекало вовсе не гладко, с уклоном то “вправо”, то “влево”, в зависимости от исторического периода и страны. Но основные элементы идеологии Общества Социального Благополучия и сегодня характеризуют общества развитой демократии.

Однако при всей схожести общего направления развития, страны запада существенно отличаются моделями социальной политики. Эти различия обусловлены различиями политических и культурологических традиций, а также различием темпов развития экономики. Попытки классификации западных моделей социальной политики — одна из наиболее дискуссионных теоретических проблем западной социальной науки.

В научной литературе можно встретить различные определения социальной политики, подчеркивающие те или иные ее аспекты. Однако во всех этих определениях социальная политика в конечном счете представляется как коллективная стратегия решения социальных проблем. Но что понимается под стратегией решения проблем? Почему социальную политику принято называть коллективной стратегией? Что есть социальная проблема в контексте социальной политики?

Следуя западной литературе, под стратегией в аспекте государственной социальной политики понимается набор целей, специфичных правил, регулирующих директив, реализующих эти цели технологий и процедур, которые закреплены законодательно, являются прерогативами официальных управленческих и исполнительных структур. Стратегические рамки социальной политики служат основой для программ, реализующих конкретные цели социальной политики.

Слово “коллективное” в определении подчеркивает тот факт, что социальная политика формируется и реализуется лишь при достаточно согласованном взаимодействии многих социальных агентов и социальных групп: законодателей, реализаторов программ, налогоплательщиков, потребителей, исполнителей всех уровней, финансирующих структур и т. д. Успешность функционирования этого комплекса зависит от слаженности работы проектирующих, принимающих и реализующих цели социальной политики звеньев.

Серьезные противоречия в любом из ее звеньев или между ними затрудняют формирование или реализацию социальных программ, а тем самым и всего комплекса социальной политики. Так, отсутствие законодательной базы и осознанных ориентиров социальной политики делает невозможным закладывание согласованных целей в конкретные социальные программы и приводит к полнейшему хаосу в области социального регулирования. Самые лучшие программы, если не учитывают реального потенциала и интересов исполнительных структур, обречены на неудачу. Если проводимая социальная политика противоречит ожиданиям налогоплательщиков, то это приводит к социальной напряженности и конфликтам и в конечном итоге (речь идет о демократическом обществе) к приходу к власти новой политической силы с программой, созвучной социальным ожиданиям избирателей. Реализация социальной политики зависит и от того, в какой мере учтены в целях и программах конкретные нужды потребителей социальных программ. Самые гуманистичные программы могут стать бессмысленной тратой ресурсов и времени, если они не рассчитаны на конкретного потребителя с учетом актуальных потребностей и поведенческих стереотипов. Наконец, реализация какого-либо социального проекта немыслима без финансового подкрепления.

Под социальной проблемой как предметом социальной политики понимается определенное состояние, вызывающее беспокойство, блокирующее возможности удовлетворения базовых потребностей людей и потому требующее целенап-

равленного социального вмешательства. Такое определение существенно отличается от общесоциологического понимания социальной проблемы, которая включает в себя любой социальный факт, интересный для исследования. К числу социальных проблем, требующих государственного вмешательства, могут быть отнесены бедность и безработица, проблема доступа к таким социальным благам как образование и здравоохранение, обеспечение жильем и безопасность социальной и психологической среды. Однако идентификация социальной проблемы, обусловлена системой ценностей и идеологических приоритетов.

Существует различный подход к целому ряду вопросов. Является ли безработица социальным злом, требующим активного вмешательства, или необходимым рычагом, обеспечивающим успешное развитие экономики? Можно ли идею равных социальных возможностей считать приоритетной? В какой мере социальная сфера может функционировать по принципам свободного рынка, а в какой необходима централизованная регуляция? Кто виновен в несчастных — сама личность, не сумевшая обеспечить условия своего существования, или несовершенство социальной системы?

Немаловажную роль играют политические ориентации и культурные факторы.

В процессе разработки и реализации социальной политики необходимо как минимум решить 7 ключевых вопросов:

1. Можно ли считать тот или иной социальный факт или состояние социальной проблемой?

В некоторых случаях факт или состояние не идентифицируется в качестве социальной проблемы до тех пор, пока некая влиятельная группа или группа, испытывающая лишения, не фокусирует на них общественное внимание.

2. Какова суть, глубина, значимость и границы проблемы?

После идентификации ситуации как проблемной необходимо определить ее место и значимость в ряду других проблем.

Например, мало кто будет возражать по поводу того, что наркомания или даже курение — серьезные социальные проблемы. Но вопрос об актуальности, насущности и значимости этих проблем, о том, нужно ли их ставить в социальной политике и тратить на их решение средства и усилия, может вызвать серьезные дискуссии.

3. Какой должна быть стратегия вмешательства?

После идентификации целей социальной политики, следует вопрос о способах их достижения и реализации. Так, если в фокусе социальной политики оказывается проблема преступности означает ли это что должен ужесточаться закон и средства должны быть направлены на строительство и содержание новых мест заключения? Или, может быть, следует укрепить институт социального контроля и выделить средства на увеличение штата полиции, повышение ее оснащенности и дееспособности? Или предпочтительнее сформировать широкую сеть социальных служб для работы с подростками, семьями правонарушителей, специализированные службы социальной и психологической помощи при весьма либеральных законах и режиме заключения? Правильный выбор стратегии государственного вмешательства является важнейшим условием успешности социальной политики.

4. Кто конкретно является потребителем программы?

Любая социальная политика обречена на неудачу или, по крайней мере, на низкую эффективность, если в ее программах нет четкого представления о ее потребителях и механизмах их возможно полного охвата, или, иными словами, обеспечения “достижимости” потребителя. Ярким примером значимости этого этапа разработки социальной политики могут служить программы распределения гуманитарной помощи в Армении, как средства смягчения проблемы бедности. Проблема выхода на своего потребителя — наиболее нуждающиеся группы населения — оказалась наиболее сложной. Ее нерешенность в значительной мере обесценивает

затраченные ресурсы и усилия и вносит дополнительную социальную напряженность в общество.

5. Каковы источники и способы финансирования программ?

Многочисленные сложности и противоречия возникают при решении вопроса о финансировании. При обсуждении его необходимо иметь в виду, что вопрос финансирования это не просто проблема обеспечения материальной базы программ, но и насаждения определенной системы интересов, распределения прав и сфер влияния. Например, вопрос о том, из каких средств должны финансироваться программы здравоохранения — из национального ли дохода, с помощью целевых налоговых сборов, страхования программ или прямыми выплатами по принципам свободного, неконтролируемого рынка, — определяет в конечном итоге характеристики и суть института здравоохранения, эффективность и качество его функционирования, механизмы и результаты перераспределения ресурсов, степень доступности этого социального блага для различных социально-экономических групп.

6. Кто должен участвовать в процессе принятия значимых решений?

Этот вопрос имеет весьма важное значение. Представляют ли интересы потребителей определенные лоббисты? Принимаются ли решения на основе их интересов или исключительно руководствуясь административными представлениями, ориентированными на экономичность программ и сокращения затрат? Сформирован ли комитет общественного контроля или все рычаги сосредоточены исключительно в руках исполнительных органов? Способ решения всех этих проблем в итоге определяет ход и направленность социальной политики.

7. Как должны оцениваться результаты программ и социальной политики?

Социальные программы должны содержать и критерии

оценки своей результативности. Отсутствие этих критериев обуславливает бесконтрольность деятельности правительства, его неограниченные возможности манипулировать ресурсами, что ведет в конечном итоге к обострению социальной проблемы. Опасно не только отсутствие критериев оценки результатов социальной политики, но и их упрощенная и неправильная интерпретация.

Успешность разработки этих основных вопросов в рамках единой программы в большой степени зависит от умения гибко разрешать возникающие противоречия конфликтной по своей природе социальной политики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. G.Esping-Andersen. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Polity Press, 1990.
2. V.George. Ideology and Social Welfare. Routledge & Kegan Paul, 1985
3. B.Deacon. The New Eastern Europe. SAGE Publications, 1992
4. N.Johnson. The Welfare State in Transition. Harvester Wheatsheaf. 1987
5. T.H.Marshall's Social Policy., ed. A.Rees. Hutchinson, 1985
6. R.Mishra. The Welfare State in Crisis. Harvester Press, 1985
7. The Goals of Social Policy, ed.M.Blumer. Unwin Hyman, 1989
8. D.Collins. Social Policy of the European Economic Community. John Wiley & sons, 1975
9. D.DiNitto. Social Welfare.,- Prentice Hall, 1991
10. G.Pascall. Social Policy: A Feminist Analysis. Pascall, Gillian, 1986
11. P.Taylor-Gooby. Social Change, Social Welfare and Social Science. Harvester Wheatsheaf, 1991
12. Quasi-Markets and Social Policy, ed.J.Le Grang, MacMillan, 1993
13. Health.Care in Europe After., 1992, ed.H.E.G.M.Hermans. Dartmouth, 1992
14. C.Pierson. Beyond the Welfare State. 1992
15. H.Glennerster. Paying for Welfare: 1990s. Harvester, 1992

БЕДНОСТЬ: КОНЦЕПЦИИ И МЕТОДЫ ИЗМЕРЕНИЯ

Бедность, как некое состояние жизни людей, представляет собой одно из наиболее тяжелых «заболеваний» общества. Хотя феномен бедности существовал во все века, однако лишь к середине XX века, точнее, в послевоенный период, он оформился в единую комплексную проблему, став объектом социальной политики. Это связано главным образом с изменениями в идеологии обществ западноевропейской модели. Горький опыт «Великой депрессии» — кризиса, охватившего все страны западного мира в 1930-х годах, с массовой безработицей и обеднением людей, обострением всех социальных проблем — способствовал пониманию того, что бесконтрольная стихия свободного рынка не только не обеспечивает всеобщего благосостояния, но приводит к крайней черте все противоречия, существующие в обществе. Стало понятным, что лишь активные, целенаправленные действия по смягчению последствий свободного рынка обеспечивают сбалансированное развитие общества. В связи с этим, бедность, как одна из наиболее острых проблем, оказалась в центре исследовательского интереса. Основные усилия были направлены на поиск ответов на вопросы:

- что такое бедность ?
- как определять черту бедности ?
- какая часть населения бедна и сколько крайне бедных ?
- как живут бедные, каков их стандарт жизни ?
- какова величина показателя разрыва бедности ?

- какие социальные группы наиболее бедны ?
- каковы основные источники дохода у бедного населения ?
- какой собственностью они владеют ?
- какова их защищенность законом ?
- какова распространенность безработицы среди бедных ?
- какова доступность для бедных социальных благ ?
- каково качество получаемых ими социальных услуг ?
- какова экологическая среда обитания ?

Ответы на все эти вопросы зависят непосредственно от того, что называть бедностью, как ее определять. Вопросы о том, «что такое бедность?», «кто беден?», «сколько бедных?», «почему бедны?» остаются предметом острых дискуссий. Факт больших разногласий по этой проблеме имеет ряд объективных причин.

Бедность - это сложное состояние, которое имеет множество проявлений. Оно не охватывается неким стандартным набором параметров, посредством которых можно было бы его однозначно определить.

Наиболее распространенное и упрощенное понимание бедности ассоциируется с понятием «черта бедности»: все, чьи доходы ниже некой величины определяются как бедные и все, чьи доходы выше—как не бедные.

Однако достаточно более пристального взгляда, чтобы обнаружить противоречия такого понимания. Прежде всего состояние далеко не всех людей с низким доходом может быть идентифицировано как бедность. Чтобы убедиться, достаточно сравнить ситуацию студента высшего учебного заведения, сознательно выбравшего временное ограничение своих потребностей с тем, чтобы обеспечить свое будущее, с экономически беспомощным пенсионером; или человека, находящегося в тяжелом материальном положении, но имеющего ресурсы и активно ищущего выходы, с ситуацией человека, для которого бедность превратилась в приемлемый стиль жизни. Логичным может показаться уточнение определения добавлением новых критериев. Но этот путь малорезультативный.

Бедность—слишком сложный и многогранный феномен, который легче распознать в жизни, чем облечь в рамки определения. Значимыми при описании бедности могут быть такие противоречивые и разноплановые показатели как объективные возможности потребления и субъективные потребительские предпочтения, социальные условия и личностные качества, ценностные ориентации и отношение к жизненным целям и социальным достижениям.

Для описания этого состояния предлагается учитывать множество разных факторов, которые могут выступать в самых различных сочетаниях.

Гряд авторов предлагает описывать бедность как состояние, характеризующееся показателями:

а. физического дискомфорта, обусловленного

- недостаточностью пищи, голодом,
- бедным гардеробом,
- плохим жильем (скученностью, отсутствием элементов условий, плохим светом, др.),
- плохим районом проживания (шум, загрязненность, транспорт и др.),
- плохими условиями труда;

б. здоровья, выражаемого в

- низкой продолжительности жизни,
- частых заболеваниях,
- частых хронических болезнях,
- психической нестабильности;

в. незащищенности, включающей

- незащищенность дома,
- незащищенность от экономических кризисов, инфляции,
- незащищенность от крупных потерь, происшествий, бедствий,
- незащищенность в районе проживания вследствие высокой преступности,
- незащищенность от загрязненности воды и воздуха;

г. социально-экономической ситуации, характеризующейся

- неприемлемо низким доходом,
- стигматизированными формами финансовой зависимости;

д. социальной и социально-психологической ситуаций, таких как

- низкое образование,*
- низкие самооценки (ущемленность Я-концепции),*
- низкие притязания, ощущение невозможности для*
социо-экономической мобильности,
- нестабильность семьи,*
- резкое сужение социальных и экономических*
возможностей (дискриминация),
- отчуждение от политических процессов,*
- ущемленность в вопросах защищенности законом.*

Столь широкая панорама феномена бедности, создает объективную предпосылку не только для большого разнообразия концепций и методов ее измерения, но и для реальной несводимости показателей бедности.

Вместе с тем состояние бедности в стране является одним из наиболее ярких индикаторов успешности деятельности правительства. Этот индикатор очень чувствителен к тому, успешно ли развивается экономика, падает или растет в стране безработица, повышается ли общее благосостояние населения. Показатели бедности в силу этого отражают результативность усилий правительства по обеспечению социальных гарантий, защищенности населения, политики в области пенсионного обеспечения, доступности для необеспеченных слоев медицинского сервиса, равных стартовых условий получения образования и т. д.

Кроме того, бедность—это состояние, которое непосредственно или опосредованно касается большинства избирателей: образно говоря, и тех, кто ночует на улице, и тех, кто проходит мимо них. С этой точки зрения, проблема бедности приобретает выраженный этический оттенок, формирует отношение к властям и становится предметом обсуждения всего общества в целом.

В результате политический спор между правительством и оппозицией обязательно включает в себя вопросы бедности: правительство оперирует той концепцией и теми показате-

лями, которые показывают ее деятельность в лучшем свете, оппозиция же в своих аргументах ссылается на концепцию, которая открывает больше возможностей критической оценки. Таким образом, политические институты превращаются в объективное препятствие некоего соглашения вокруг концепции бедности и способов измерения этого состояния.

Основной идеологический спор по проблеме бедности разворачивается вокруг вопросов:

1. Какие критерии следует учитывать при определении и измерении бедности? В частности, нужно ли называть бедными лишь тех, кто не в состоянии обеспечить свое выживание, или тех, кто живет ниже стандартов принятых в обществе? В конечном счете спор идет вокруг того, являются ли идеи равенства и социальной справедливости значимыми ценностями в обществе и критериями определения бедности?

2. В чем основная причина бедности, или почему бедные бедны? Виновна ли сама личность в том, что оказалась в бедности, поскольку неспособна к конкуренции или ленива, или бедность ее обусловлена функционированием социальных институтов и от самой личности мало что зависит?

3. Кто несет ответственность за решение проблемы? Сама ли личность, отдельные социальные институты или правительство, призванное разработать и реализовать социальную политику, адекватную глубине проблемы?

4. Какова должна быть стратегия социальной политики, ориентированной на смягчение бедности? Должны ли быть задействованы действенные механизмы перераспределения доходов, или нужно ограничиваться гарантиями самого минимума? Нужно ли воздействовать на ситуацию посредством изменений социальных институтов или необходимо воздействие на сознание людей? Со стороны крайне правых высказываются даже мнения, что бедность стимулирует конкуренцию и положительно отражается на

развитии экономики, поэтому любая смягчающая политика лишь наносит вред росту экономики.

Ответы на все эти вопросы различны в зависимости от того, на основе какой идеологической платформы они даются. Соответственно, приверженцы различных политических ориентаций, так называемые «левые», «центристы» и «правые», вкладывают различный смысл в понятие «бедность» и в содержание политики, призванной противодействовать ей.

АБСОЛЮТНАЯ БЕДНОСТЬ

Концепция абсолютной бедности исторически более ранняя, основана на понимании бедности как недостаточности жизненно необходимых благ, в том числе питания, условий проживания, одежды, возможностей получения медицинской помощи, образования и других видов социальных услуг. Согласно этой концепции существует некий стандарт жизни, прожиточный минимум, и семьи, живущие ниже этого минимума, считаются бедными. Согласно концепции абсолютной бедности, этот стандарт отражает объем благ, соответствующих минимальному уровню объективных потребностей человека и, в сущности, не зависит от времени и места. А потребность—это непосредственное выражение нужды человеческого организма в определенном количестве калорий, наборе витаминов, протекции от холода и сырости.

Основываясь на определении абсолютной бедности, можно определить черту бедности как потребительскую корзину или рассчитать чего и сколько необходимо для удовлетворения базовых потребностей. Отметим, что рассчитанная таким образом черта бедности носит весьма условный характер, так как вызывает множество вопросов. В частности: какие потребности относятся к базовым? Какой уровень удовлетворения потребностей может быть назван удовлетворительным?

Первые официальные расчеты черты бедности в развитых

странах были произведены в 1960-х годах. С тех пор ежегодно делается их перерасчет с учетом изменения потребительского индекса цен.

Со временем расчет потребительской корзины был существенно упрощен. В настоящее время при расчетах не используются различные коэффициенты коррекции на тип семьи, пол кормильца или городские и сельские поселения. Просто берется стоимость необходимого питания, перемноженная на некий коэффициент. В практике расчета черты бедности США этот коэффициент равен трем, в СССР равнялся двум, в армянской реальности, хотя и официально не публиковалась черта бедности, политика социальной защищенности ориентируется на коэффициент равный единице, т. е. когда потребительская корзина включает в себя исключительно минимально необходимые продукты питания.

Поиск более корректных ориентиров в социальной политике привел к оперированию двумя пределами: верхней и нижней чертой бедности, последняя из которых выражает границу между бедными и крайне бедными.

Однако и это не решает проблемы методологической корректности и не снимает ограничений, поскольку не учитывается:

— дифференциация стоимости жизни в зависимости от различных регионов. Совершенно очевидно, что стоимость жизни в большом городе, среднем городе или на селе различна. Отличны потребности человеческого организма, живущего в различных климатических зонах;

— наличная недвижимость. Например, не отражаются различия потребностей семьи из двух пожилых супругов, живущих в своей квартире, и молодой семьи, которой еще предстоит решать проблемы жилища и необходимого обустройства;

— статус семьи и соответственно различие реальных потребностей и запросов;

— категория семьи, чьи доходы выше черты бедности, но по тем или иным причинам ее затраты превышают усред-

ненные стандарты потребления, например, при тяжелых хронических заболеваниях, больших задолженностях и в ряде других случаев;

-пересмотр пропорций необходимых затрат на питание и другие нужды при изменении экономических характеристик общества.

Как мы видим, черта бедности, рассчитанная из соображений удовлетворения минимальных потребностей является весьма грубым основанием для дальнейшего анализа феномена бедности в конкретном обществе. Однако при всех этих ограничениях показатель черты бедности широко и порой весьма эффективно применяется при разработке мероприятий социальной защиты.

После определения черты бедности возникает задача идентификации тех, кто действительно находится за чертой бедности. Решение этой задачи связано с большими методическими трудностями, с которыми сопряжено определение величины доходов или расходов семьи.

При попытке определить доходы семьи исследователь наталкивается на проблему учета всего многообразия возможных источников дохода, склонность людей занижать свои доходы, трудность расчета доходов, получаемых не в денежной форме (всевозможные льготы, бесплатное медицинское обслуживание, образование и др.)

При изучении потребления приходится использовать громоздкие и дорогостоящие методики. Проблемой является также тот факт, что модель потребления зависит от личных предпочтений, вкусов, ценностных ориентаций, жизненных циклов, целей и конкретной ситуации людей. Например, если исходить из показателей потребления, то в числе бедных окажется семья, которая в период исследования строго ограничивала свои затраты с целью накопления большой суммы денег на приобретение того, что принято называть роскошью. Но, несмотря на все недостатки, при определении экономического статуса семьи сегодня отдается предпочтение показателю расходов.

Независимо от того, используется показатель дохода или расхода, установление экономического статуса семьи позволяет определить, какой процент населения живет ниже черты бедности (естественно, этот процент зависит от методики расчета). Собственно, этот процент и есть основной показатель бедности в данном обществе.

Однако этот показатель бедности не дает информации о структуре бедности. По нему нельзя определить, какая часть бедных находится у черты бедности, а у какой части доход значительно ниже этой величины. Это приводит к противоречию, когда показатель бедности не изменяется (число семей ниже черты бедности), если всем бедным выдавать пособия несколько меньше разницы их дохода и черты бедности. Это при том, что такая стратегия, очевидно, существенно изменит картину бедности.

С тем чтобы снять этот недостаток, Бекерман в 1979 году предложил дополнить вышеописанный показатель показанием разрыва бедности, который выразил бы величину падения дохода ниже черты бедности. На основе разницы между уровнями и чертой бедности можно получить среднюю глубину бедности. Если ее соотнести с валовым национальным продуктом можно вычислить величину сумм, необходимых для преодоления абсолютной бедности в стране. Оба этих показателя дают представление о социальном прогрессе общества. Они могут быть использованы как индикаторы и отражают эффективность мер по повышению социальной защищенности, даже если число бедных в результате этих мероприятий не уменьшается.

Порой возникает необходимость измерить поляризацию за чертой бедности, ответить на вопрос: кто и в какой мере, в конечном итоге, получает социальную помощь—все ли бедные получают ее в равной мере, пропорциональна ли она глубине бедности, не формируется ли новое социальное дно уже в самом слое бедных?

Для выражения степени поляризации за чертой бедности предложен ряд показателей, таких как наклон бедности, индекс относительности лишений и др. В наиболее обобщен-

ном виде степень поляризации в слое бедных выражается коэффициентом Джини, рассчитанном для доходов, которые ниже объявленной черты бедности.

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ БЕДНОСТЬ

Концепция относительной бедности исходит из признания того факта, что независимо от того, какова абсолютная величина дохода человека и соответственно его потребительские возможности, если они значительно меньше среднего, наиболее распространенного в обществе уровня, то человек чувствует себя бедным и униженным. Смягчить бедность по понятиям этой концепции означает достичь большего равенства в распределении доходов и уровня благосостояния в целом.

Имеется несколько методов измерения относительной бедности. Один из наиболее распространенных методов предполагает выделение в населении равных доходных групп по мере возрастания дохода семьи—от наименее обеспеченных 20% до наиболее обеспеченных 20%— и далее вычисление соотношения дохода каждой группы от общего.

Для иллюстрации возможностей этого метода приведем данные по США

		1980	1990
Наименее обеспеченные	I -20%	5,2%	3,8%
	II-20%	11,6%	9,6%
	III-20%	17,5	16,0
	IV-20%	24,2	24,2
Наиболее обеспеченные	V-20%	41,5	46,3

		100	100
Наиболее обеспеченные	5%	15,6	18,3

Данные этой таблицы позволяют определить:

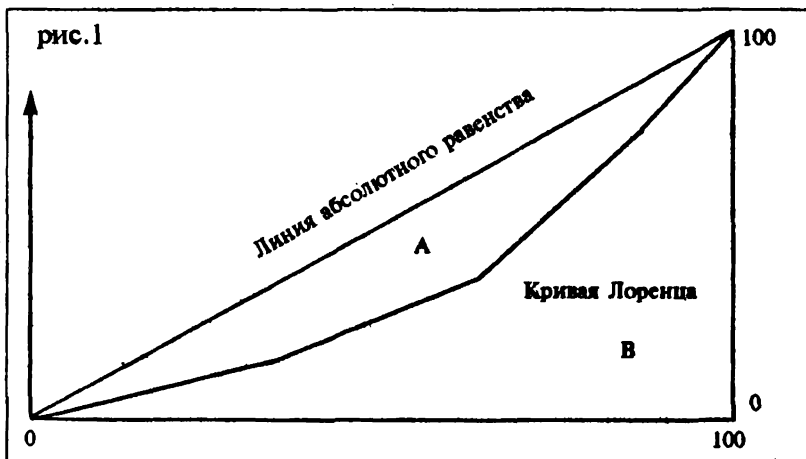
а. степень поляризации в обществе—в данном примере между доходами наименее обеспеченных 1/5 населения и наиболее обеспеченных 1/5 — составляет порядка 15-ти раз;

б. распределение доходов в среднем слое и его отрыв от обеспеченной верхушки;

в. динамику перераспределения доходов во времени как один из векторов общественных изменений.

Другой, широко распространенный метод измерения относительной бедности предполагает расчет коэффициента Джини, который является статистическим индикатором степени концентрации доходов в руках определенных социальных групп. Для расчета этого коэффициента семьи ранжируются согласно величине их дохода. Далее рассчитывается процент общего дохода Y , который сконцентрирован у наименее обеспеченной части населения X . X изменяется от 0% до 100%. Зависимость Y от X ложится по кривой, называемой кривой Лоренца (рис.1).

Если распределение доходов абсолютно равномерное, то кривая совпадает с диагональной прямой, так как с увеличением числа семей, доход будет возрастать пропорционально. Если распределение неравное, то образуется прогиб кривой, который тем больше, чем неравномернее распределение доходов. Коэффициент Джини рассчитывается как соотношение площади, охваченной диагональю и кривой Лоренца A к площади, расположенной ниже диагональной пря-



мой В. Это соотношение равно нулю при абсолютно пропорциональном распределении дохода в обществе и единице—при полном неравенстве, т. е. когда весь доход приходится на одного человека.

Одним из ключевых вопросов концепции относительной бедности является вопрос о допустимой степени экономического неравенства в обществе. Этот вопрос является одним из главных конфликтных точек идеологического противостояния политических сил.

По убеждению правоориентированных сил, неравенство не только неизбежное, но и положительное явление в обществе. Неравенство необходимо для повышения конкурентности на рынке труда, большей мотивации труда, стимула творчества талантливых людей. Неравенство, согласно их аргументации, способствует накоплению капитала и экономическому росту.

Левоориентированные политики, хотя и признают неизбежность экономического неравенства в любом обществе, но считают недопустимым большую поляризацию и снижение неравенства вводят в ранг морального императива. Их аргументы против прагматически ориентированных правых сводятся к следующим:

а. есть множество социально менее дифференцированных обществ, где экономика более эффективна. Например, в Германии или Японии по сравнению с США. Это наглядно иллюстрирует, что неравенство не является необходимым условием успешности экономики;

б. ряд исследований эффекта гарантированного дохода не выявили однозначной зависимости между экономической дифференциацией и мотивацией труда;

в. экономический стимул далеко не единственный и порой не самый главный мотив активности и конкуренции. В обществе существуют иные социальные блага, такие как престиж и власть, которые вызывают равный, если не больший эффект.

Концепция относительной бедности также базируется на учете черты бедности. Однако в отличие от абсолютной бедности, в этом случае черта бедности определяется на основе среднего уровня доходов в данном обществе или моделируется, исходя из представлений об общепринятых стандартах жизни. Черта относительной бедности весьма существенно зависит от предпочтений исследователей. Одними исследователями в качестве черты бедности принимается 40%, другими 50%, третьими 60% от среднего дохода в данном обществе.

Базой для оценки нормативных стандартов жизни могут быть экспертные оценки, а также данные, полученные в результате массовых опросов.

СУБЪЕКТИВНАЯ БЕДНОСТЬ

Сравнительно недавно введенная категория “субъективная бедность” базируется на предположении, что мнение людей относительно их собственной ситуации должно быть решающим в определении бедности. Человек рассматривается в качестве эксперта той социальной среды, в которой живет, а его оценки, зафиксированные методами социологических опросов, как наиболее реалистично и интегрально отражающие реальность.

В рамках концепции субъективной бедности разработаны на сегодняшний день два подхода, использующиеся для моделирования черты бедности и уровней благосостояния.

В первом случае базой модели служат ответы на вопрос о так называемом минимальном доходе. Какой минимальный месячный доход нужен вашей семье, чтобы сводить концы с концами? Или назовите ту пограничную сумму, меньше которой ваша семья не смогла бы «жить».

Сумма, названная респондентами — $Y_{\min}$ — будет зависеть от многих факторов, в частности от величины их реального дохода, характеристик семьи (число членов семьи, возраст членов семьи, эталоны референтной для семьи группы и др.). Эту сум-

му можно определить по формуле $Y_{\min} = F(X, Y)$, где Y - величина реального дохода, а x — вектор характеристик семьи.

Такой метод определения субъективной бедности исходит из гипотезы, что те, у кого реальный доход совпадает с минимально требуемым, наиболее реалистично представляют место минимальной черты. При этом респонденты с более высокими доходами склонны завышать величину минимально необходимого дохода, в то время как респонденты с более низкими доходами, как правило, занижают его.

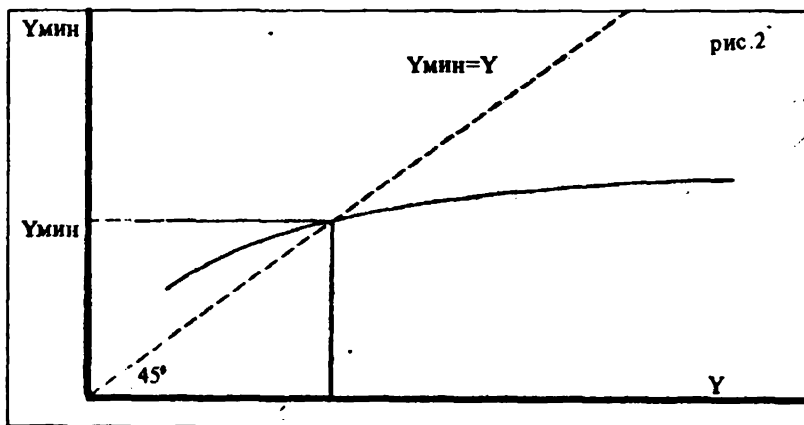
Чаще всего вектор X ограничивается рассмотрением числа членов семьи — fs — и тогда зависимость принимает вид: (рис.2)

$$\log(Y_{\min}) = a + b \log(Y) + c \log(fs) + e,$$

где e — величина статистической ошибки.

В исследованиях последних лет делаются попытки учитывать влияние других значимых параметров при моделировании субъективной черты бедности. Так, Клаас де Вос анализирует влияние на представления о минимальном стандарте таких параметров как:

а. число зарабатывающих в семье. Например, семья, где большее число членов имеет оплачиваемую работу, претендует на большие возможности потребления, чем семья с



меньшим числом оплачиваемых. Исследования также показывают, что в таких семьях потребность затрат, достаточных, чтобы сводить концы с концами, объективно несколько выше, так как меньше времени самим заниматься домашним хозяйством и в результате жизнь становится дороже.

б. композиция семьи. Если учитывать только число членов семьи, то возникает ошибочное предположение, что увеличение числа членов семьи пропорционально увеличивает требуемый доход, чтобы удовлетворить базовые потребности. Однако, как показывают исследования, эти величины не связаны прямо пропорциональной зависимостью. Так, затраты на двухлетнего ребенка существенно меньше в семье из шести человек, чем в семье из трех. Затраты на старших детей превышают таковые на младших и т. д.

в. наличие хронически больного или инвалида в семье, что требует дополнительных затрат на медицинское обслуживание.

г. возраст главы семьи, который отражает объективные различия в запросах разновозрастных людей. Различия, которые обусловлены разными потребностями и притязаниями¹.

д. образование. Так же как и возраст, образование определяет запросы и спектр потребностей семьи.

е. пол респондента. Отмечено, что женщины и мужчины несколько отлично представляют минимальную потребность семьи и реальную структуру потребления. Поэтому при моделировании субъективной черты бедности возникла необходимость введения коэффициента коррекции на пол респондента.

ж. значительные изменения дохода семьи в преддверии опроса: резкий рост или спад уровня дохода семьи может существенно повлиять на ответы о минимальном доходе. Во-первых, могут повлиять стереотипы, сформированные при предыдущем уровне дохода. Во-вторых, респондент

1. В исследовании, проведенном в Дании, учитывался возраст старшего ребенка

на время теряет ощущение реального баланса дохода и потребления.

3. соотношение основных и побочных источников дохода: при оценках респондент главным образом ориентируется на основные источники дохода, если даже побочные не уступают им по величине.

Разработка более совершенной модели расчета субъективной черты бедности в рамках данного подхода представляется делом будущего.

Во втором подходе модель строится по ответам на вопрос об оценках уровней доходов: "Учитывая сегодняшнюю жизнь, при каком месячном доходе Вы бы сказали, что Ваша семья обеспечена?"

очень плохо —————

плохо —————

неудовлетворительно ————

удовлетворительно ————

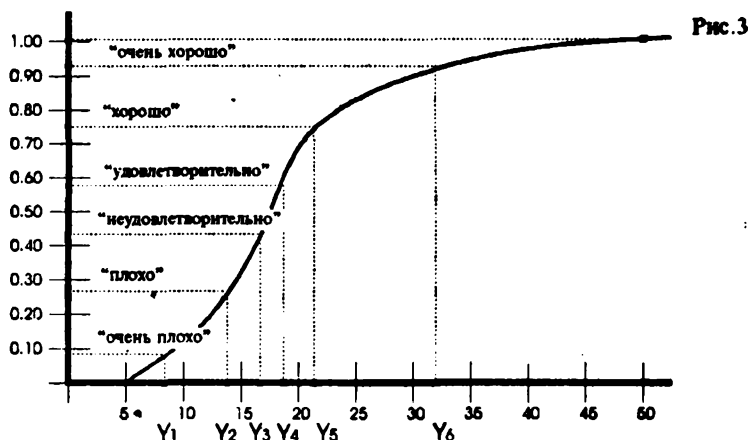
хорошо —————

очень хорошо —————

Ответы респондентов складываются в так называемую «функцию благосостояния», которая по сути отражает соотношение между доходом и уровнем благосостояния, которого ожидает респондент от той или иной суммы дохода. Метод построения этой функции показан на рис.3.

Вербальная шкала "очень плохо—очень хорошо" разделяется на 6 равных частей в интервале /0-1/, чем придается числовое значение. Для каждого респондента измеряется своя функция благосостояния, которая проходит через шесть точек "благосостояния" и соответствующих оценочных величин доходов. Согласно Ван Праагу, функция подчиняется лонгнормальному распределению.

Расположение функции на координатной оси в значительной степени зависит, как и в предыдущем случае, от уро-



вня реального дохода респондента, величины и композиции семьи, модели потребления в референтной группе, уровня образования и др. Как показывают исследования, одной из наиболее значимых переменных является реальный доход, поэтому его максимально полный замер—важная задача в этих исследованиях.

В рамках данного подхода черта бедности определяется политиками. Отличительной чертой является то, что ими определяется не величина минимального дохода в данном обществе, а значение на шкале благосостояния “очень плохо—очень хорошо”, которое затем переводится в сумму дохода согласно интегральной, рассчитанной по данным социологического исследования, “функции благосостояния”.

Этот метод позволяет рассчитать черту бедности для различных типов семей, отличающихся своей композицией и такими параметрами как возраст, величина населенного пункта и т. д.

Не углубляясь в проблему оперирования показателями субъективной бедности, отметим, что полученные результаты очень чувствительны к тому, как будет сформулирован вопрос в социологическом опроснике, а также к репрезентативности данных исследований.

КУЛЬТУРА БЕДНОСТИ

Согласно определению Дж. Люиса, “культура бедности—это некая субкультура в западном обществе со своей структурой, пониманием рациональности, передающимся от поколения к поколению стилем жизни. Это культура в самом традиционном антропологическом смысле, в которой действуют свои модели поведения и стиль жизни, со своим пониманием способов решения «проблем»”.

Культура бедности включает в себя значительно больше, чем просто отсутствие возможностей потребления в силу низкого дохода. Это, в первую очередь, следствие определенной системы ценностей и жизненных аттитюдов личности. Эти аттитюды характеризуются высокой социальной отчужденностью, апатией, отсутствием мотиваций активности и стремления к социальным достижениям и низкими самооценками. По мнению сторонников этой концепции, в условиях культуры бедности увеличение дохода по сути не изменяет ситуацию и практически не влияет на решение проблем бедности, не ведет к увеличению возможности получения образования, стабилизации семейной жизни, не ведет к снижению преступности и разрешению других социальных проблем, характерных для этого социального слоя.

Согласно тезису американского ученого Эдварда С. Банфильда, бедность—это результат ориентации этих людей на «сегодняшний день». Согласно этому тезису, человек, оказавшийся в плену культуры бедности, не способен планировать свое будущее, жертвовать ежеминутными соблазнами и пристрастиями для будущих результатов, организовать и дисциплинировать себя для достижения цели.

Банфильд не отрицает, что в состоянии бедности можно оказаться и в результате жизненных неурядиц: вынужденная безработица, продолжительная болезнь, смерть кормильца или другие несчастья. Но, по мнению этого исследователя, человек, оказавшийся в бедности случайно, без усвоения культуры бедности не «опускается» и не деградирует как лич-

ность, а восстанавливает свой статус, как только внешние причины исчезают. В противоположность этому, те, кто задерживается на «дне» общества, оказываются там вне зависимости от внешних обстоятельств, в результате психологической неспособности думать на перспективу и планировать будущее. Улучшение их социальных условий не вносит существенных перемен в их состояние бедности, вероятность вертикальной мобильности для людей, вовлеченных в культуру бедности, незначительна.

В работах сторонников концепции культуры бедности отмечаются такие причины бедности как неспособность содержать собственность, откладывать деньги, устанавливать стабильные межличностные отношения, получить образование, интегрироваться в существующие социальные институты.

Американский социолог Дж. Люис дает следующие социальные и психологические индикаторы культуры бедности:

- скученность людей в месте проживания,*
- отсутствие собственности,*
- частые случаи алкоголизма,*
- высокая преступность,*
- частое применение физической силы при обращении с детьми,*
- насилие в семье по отношению к женщине,*
- относительно высокий процент одиноких матерей,*
- ранние сексуальные связи, внебрачные союзы,*
- сильная предрасположенность к авторитарности,*
- чувство покорности и фатализма,*
- склонность к психологическим патологиям,*
- подозрительность к официальным медицинским*

*учреждениям и врачам,
-недоверие к церкви и к властям,
-слабая этническая самоидентификация,
-знание состояния и стиля жизни только своего и
непосредственного окружения.*

Гипотеза о правомерности выделения культуры бедности вызывает большие дискуссии. Оппоненты этой идеи считают саму концепцию реакционной и парализующей социальную политику, называя это тактикой сваливания вины преступления на самих жертв преступления. Критика аргументируется тем, что бедность—это не психологическая, а социальная патология. Что бедные отличаются от небедных не своими личностными качествами, а социальными возможностями и оказались они в этой ситуации в результате «выталкивания» их социальными институтами.

Другая часть оппонентов не отрицает существования культуры бедности, но считает, что эта концепция применима лишь к небольшой группе бедных, тем, кто живет в бедности уже несколько поколений. Вместе с тем, она не может объяснить поведения большинства бедных, в частности тех, кто оказался в этом состоянии в результате жизненных сложностей. Они предлагают выделять: одну группу бедных как носителей культуры бедности, вторую группу бедных как людей с низким доходом, многие из которых себя и не называют бедными, и наконец, третью группу как людей, переживающих временные трудности.

Критики концепции культуры бедности видят большую опасность в том, что в соответствии с ней бедность выглядит бесконечным порочным кругом, с которым ничего нельзя поделать. И ссылка на культуру бедности может служить удобным оправданием бездеятельности властных структур.

ОСОБЕННОСТИ БЕДНОСТИ В ТРАНСФОРМИРУЮЩЕМСЯ ОБЩЕСТВЕ

И зложенная выше теоретическая концепция бедности и методы ее измерения разработаны в обществе со стабильной социальной структурой и низкой вертикальной мобильностью. В обществе этого типа бедность отождествима с социальным дном, которое можно описать рядом показателей, тесно коррелирующих между собой. Это низкий доход, плохие жилищные условия, низкий уровень образования, отсутствие профессиональных знаний, низкая квалификация, большая вероятность трудностей в семье и проблем, связанных с психическим здоровьем.

Стабильность этого слоя в обществе западного типа настолько высока, что стимулировала возникновение концепции “культура бедности”, рассмотрение бедности как стиля жизни, передающегося из поколения в поколение и формирующего замкнутую субкультуру с отсутствием мотивации у людей выхода из нее. Факт возможности рассмотрения проблемы бедности в подобном ракурсе красноречиво свидетельствует о степени устойчивости этого социального слоя.

В этом случае оперирование даже одной переменной позволяет характеризовать слой бедности. Такой переменной чаще всего может служить экономическая переменная: доход или потребление.

Иная ситуация в обществе с дезинтегрированной структурой и аномально высокой вертикальной мобильностью. Ситуация здесь складывается под влиянием таких факторов как:

- а. высокая степень риска оказаться в слое бедных практически для каждого члена общества;*
- б. большая вероятность преодоления состояния бедности;*
- в. отсутствие корреляции между уровнем образования и бедностью;*

г. отсутствие корреляции между бедностью и условиями жизни, даже имущества;

д. культурологическая специфика механизма социальной взаимопомощи (например, в случае Армении—взаимопомощи на уровне расширенной семьи);

е. различия предыдущего социального опыта, освоенных моделей поведения, притязаний на определенные стандарты жизни у людей, оказавшихся в ситуации бедности;

ж. повышенной значимости психологических, личностных качеств индивида.

В обществах, переживающих резкие социальные изменения, бедность теряет свой смысл как характеристики социального слоя и приобретает новый смысл как тяжелого, в психологическом и материальном отношениях, состояния, динамичного во времени. Несомненно, со стабилизацией процессов часть семей, которые находятся в этом состоянии станут основным ядром того самовоспроизводящегося слоя бедности, с которым встречаются в западном обществе.

Несмотря на это, терминами «бедность», «культура бедности» широко оперируют политики и исследователи стран постсоветского мира без какой-либо предварительной адаптации. Неадаптированное применение концепции бедности приводит к тому, что:

-громоздкие и дорогостоящие исследования теряют свою ценность, поскольку не отражают динамики истинных процессов, и их значимость ограничивается рамками данных исследований;

-не обеспечивается необходимая информационная база для разработки активной социальной политики, защищающей население, оказавшееся на грани бедности.

В этих случаях количественные измерения бедности желательно предварять серией качественных исследований, с использованием таких методик как «фокус-группа» и углубленные интервью.

Эти методы могут дать богатый материал о типе бедности и способствовать разработке инструментария измерения бедности, адекватного социальным реалиям, и формированию эффективной социальной политики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Richard Hemming. *Poverty and Incentives*. Oxford University Press, 1984.
2. Paul Spicker. *Poverty and Social Security*. London and New York, 1990
3. Understanding Unemployment, ed. Elthne McLaughlin. London and New York, 1992.
4. Margaret S. Gordon. *Social Security Policies in Industrial Countries*. University of California, Berkley, 1988.
5. Bruce S. Jansson. *Theory and Practice of Social Welfare Policy*. University of Southern California, 1984.
6. Klass de Vos, An Evaluation of Subjective Poverty Definitions: Comparing Results from the U.S. and the Netherlands - Review of Income and Wealth, Series 37, N 3, September 1991.
7. Diane Colasanto, Arle Kapteyn. Two Subjective Definitions of Poverty: Results from the Wisconsin Basic Needs Study. *The Journal of Human Resources*, vol. XIX, N. 1, 1984.
8. Arle Kapteyn, Peter Kooreman, Rob Willemse. Some Metodological Issues in the Implementation of Subjective Poverty Definitions. *The Journal of Human Resources*, vol. XXIII, N. 2, 1988.

БЕЗРАБОТИЦА: ЧЕМ МОЖЕТ ПОМОЧЬ СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК

Проблема безработицы, будучи многоаспектной, находится на пересечении нескольких дисциплин, в частности, экономики, социальной политики, психологии и социальной работы. Соответственно и решение проблемы предполагает комплексный подход с анализом возможностей коррекции диспропорций в экономике, разработкой мероприятий целенаправленной социальной политики, а также активным участием практической социальной работы.

БЕЗРАБОТИЦА КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Институт работы и занятости — один из основных социальных институтов, регулирующий социально-экономическую жизнь общества и удовлетворяющий базовые потребности личности. Участие человека в процессе общественного производства является необходимым условием его полноценной жизнедеятельности. Однако возникающее на рынке труда несоответствие между спросом и предложением рабочей силы приводит к наличию в обществе людей, которые, несмотря на желание работать, не имеют работы.

На вопросы, кто и почему оказывается в числе безработных, даются далеко не однозначные ответы. Можно выде-

лить два основных, противоположных, подхода. Первый — индивидуальный, где делается попытка объяснить факт лишения работы личностными качествами потерявшего ее, отсутствием способности и умений, необходимых для полноценной вовлеченности в сферу занятости и вызывающих выталкивание данного человека с рынка труда. Второй подход — структурный, который рассматривает безработицу как результат социального неравенства людей, отсутствие у общества возможности дать оплачиваемую работу, использовать ресурсы, силы, контролировать ситуацию. Говоря о разнице между “личными проблемами” и “общественным результатом”, Милс отмечает:

“... когда в городе с населением в 100000 человек только один безработный — это его личные проблемы, и для оказания помощи мы должны как следует изучить характер личности, ее умения и непосредственные возможности. Но когда в государстве на 12 млн. работников приходится 1,2 млн. безработных — это общественный результат, и мы не можем найти решение вопроса посредством оказания помощи отдельным индивидам. Корректное описание проблемы, как и поиск решения требуют рассмотрения не только личных ситуаций и характеров, но и способа функционирования экономических, политических социальных институтов”.

Принято различать четыре категории людей трудоспособного возраста (рис.1):

Схема подразделения людей трудоспособного возраста на категории:

1. занятые;
2. люди, занимающиеся собственным бизнесом;
3. открытые безработные;
4. незанятые;
5. люди, зарегистрированные в центрах занятости.

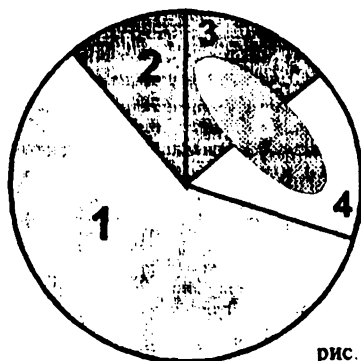


рис.1

Занятые. Эта группа представляет собой людей, нанятых на работу в государственном и в частном секторах, получающих за свой труд определенную плату. К этой категории относятся также и скрытые безработные, работающие на полставки или ниже приобретенной квалификации, учтенный рабочий день и за низкую оплату труда, т. е. не полностью включенные в работу при фактической занятости.

Люди, занимающиеся собственным бизнесом.

Они обладают более высокой степенью свободы и действуют на свой страх и риск.

Открытые безработные. Открытая безработица характеризуется как массовое, вынужденное и длительное отстранение людей от рынка труда. Основной признак этой категории — отсутствие работы при желании ее приобрести. Часть открытых безработных может быть зарегистрирована в соответствующих уполномоченных государственных агентствах, часть — нет.

Незанятые. Не все люди, не имеющие работы, относятся к открытым безработным, несмотря на то, что могут быть зарегистрированы как таковые. Далеко не каждый, получивший статус безработного, действительно нуждается в работе и желает ее приобрести. Именно их и относят к группе незанятых. В эту категорию входят также студенты, домохозяйки, рантье и др.

Точный учет безработных очень затруднен. Как правило, данные государственных агентств отражают лишь зарегистрированную безработицу, а не ее реальные масштабы, поскольку не учитывают такие группы безработных как незарегистрированные безработные, не обратившиеся в агентства, частично занятые и др.

В различные периоды процент безработных в обществе меняется, доходя до максимума в годы кризисов и экономических депрессий и минимума в пору экономического расцвета.

Безработица затрагивает социальные группы не в равной

степени. Существуют группы риска, в которых вероятность стать безработным намного больше. Традиционно, как показывает опыт многих стран, в этой ситуации чаще оказываются люди, близкие к пенсионному возрасту, женщины, люди, имеющие низкую квалификацию и низкий уровень образования, молодежь, этнические меньшинства и др.

Взрыв безработицы и инфляции наблюдается обычно в государствах, вовлеченных в войны, политические и национальные распри, переживающих развал экономики и дефицит материальных ресурсов. В то же самое время армия безработных является мощной политической силой, часто используемой политическими группировками для достижения собственных целей.

Для представления особенностей безработицы в Армении следует принять во внимание исторические, социальные, политические и географические условия страны. В течение 70-ти лет существования Армении в рамках административно-командного социализма, гарантировавшего полную занятость всего трудоспособного населения, проблема безработицы считалась чужеродной, присущей лишь миру капитализма. Распад социалистической системы в начале 90-х годов, экономическая нецелесообразность искусственной ликвидации безработицы, а также централизованного планирования и регулирования сферы занятости, переход на рыночные отношения повели за собой первую волну массовых увольнений и сокращений штатов, сформировали армию людей, впервые переживших воздействие открытой безработицы.

Землетрясение, энергетический кризис, война, блокада, поток беженцев - все эти катаклизмы, происшедшие с республикой, способствовали политической, экономической и социальной дестабилизации страны, а значит и росту массовой безработицы. Приобретая с каждым днем все более грозные масштабы, безработица затронула практически все социальные слои Армении. Это и научные работники (доктора, кандидаты наук), и квалифицированные специалисты со стажем, и вчерашние школьники, студенты, рабочие.

Примечательно, что большой процент безработных - люди, имеющие высокий профессиональный уровень.

Есть еще одна особенность безработицы в Армении. Это высокий уровень скрытой безработицы, огромное количество людей, которые, несмотря на то, что где-то оформлены, зачислены, фактически являются безработными. Вынужденные простои предприятий из-за энергетического кризиса, дефицит денежных ресурсов для выдачи зарплаты ставят их в более неблагоприятные, чем у людей, официально получивших статус безработного, условия.

Процент работников, вовлеченных в частный сектор, чрезвычайно мал. А низкий уровень оплаты труда на государственных предприятиях объясняет отсутствие стимула и материальную незаинтересованность людей работать за мизерную плату. Малая разница между размерами пособий и средней зарплатой снижает мотивацию к работе.

Попытки правительства повлиять на состояние безработицы следует признать явно безрезультатными. Сказывается и ограниченность возможностей, и социально-политические условия, и отсутствие опыта работы с этой проблемой.

БЕЗРАБОТИЦА КАК ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ОПЫТ

Целостный взгляд на безработицу должен включать знания об опыте, переживаниях и взаимосвязанных потребностях безработных, их семей и непосредственного окружения.

Работа — это наиболее важная арена социальной жизни человека. Последствия, к которым приводит потеря работы, затрагивают все сферы его деятельности. Ломается привычный образ жизни, сложившийся за долгий период времени, а вместе с этим и установившиеся нормы поведения, взгляды и принципы, система общественных и межличностных отношений. Переживание безработицы может вызвать у человека снижение самоуважения, неуверенность в себе, само-

обвинение, беспокойство, апатию, гнев или страх. Груз появившихся психологических и материальных проблем и необходимость их преодоления оказывают давление на безработного и чреваты риском внутриличностных конфликтов, депрессий и нервных срывов, психических расстройств и физических заболеваний вплоть до потери трудоспособности. Помимо этих симптомов у человека могут появиться поведенческие нарушения, такие как агрессия, насилие в семье, наркологическое и алкогольное пристрастие, криминальные акты, попытки суицида. И чем дольше длится безработица, тем более угрожающие формы приобретают ее последствия и тем меньше шансов у человека снова вернуться к работе.

Особое внимание следует уделить влиянию безработицы на семейные отношения. В семье, столкнувшейся с безработицей, происходит ряд значительных изменений: уменьшается семейный бюджет и вместе с этим уровень потребления, происходит определенное самоограничение ее членов, взятие на себя большей нагрузки, ломается привычный образ жизни. Безработица воздействует на семейные отношения не только посредством создания материальных трудностей. Перемены, происходящие в связи с потерей работы в самом безработном, в его поведении так или иначе отражаются на взаимоотношениях в семье. Несоответствие между возлагаемыми на безработного обязанностями в семье и возможностью их исполнения им может привести к ломке ролевой структуры семьи. Может подвергнуться изменениям и структура власти и лидерства, в особенности в тех случаях, когда теряет работу мужчина, отец семейства.

Большую роль играет эмоциональная сфера - взаимоотношения безработного с детьми, супругом и другими членами семьи. Отношения "родитель — ребенок" могут претерпеть необратимый ущерб, который еще скажется в течение всей дальнейшей жизни. Остро стоит вопрос насилия над детьми, вызывающего у ребенка поведенческие нарушения, проблемы со здоровьем, школьной успеваемостью. Избиение и другие формы супружеского насилия, конфликты и

даже разводы могут следовать за переживаниями безработицы.

Итак, вследствие безработицы в семье возникает период дезорганизации, расстройств, в течение которого совершаются различные попытки разрешения кризиса. Процесс этот можно рассматривать как результат взаимодействия двух взаимообусловленных тенденций: изменений, произошедших в жизни безработного, его поведении, с одной стороны, и реакции членов семьи на возникшие перемены, с другой. В одних случаях, это реакция противодействия, направленная на скорейшую ликвидацию создавшихся проблем. В других—она может быть прямо противоположной и так или иначе усугублять травму, затруднять ее ликвидацию, тем самым ставя под угрозу сплоченность семьи. Таким образом, безработица выступает как ситуация, угрожающая нормальному функционированию семьи, чреватая серией дезадаптационных процессов, разрушающих брак.

Для более полного понимания проблемы безработицы, представления механизма ее влияния на человека обратимся к особенно удобным для анализа и регулирования психологического здоровья теоретическим концепциям, возникшим в результате исследования Институтом работы и занятости безработицы и ее последствий. *

ТЕОРИЯ СТАДИЙ

Идея о том, что в своих реакциях на безработицу люди проходят через определенные последовательные стадии, разрабатывалась многими исследователями 30-х годов. В своих работах они приводят доказательства в защиту той или иной модели, опираясь в основном на автобиографии, мемуары безработных, отдельные истории и интервью, т. е. на материалы, носящие субъективный характер. Г. Биллс и Р. Ламберт² ссылаются на модель изменений реакций безрабо-

* Несмотря на то, что безработица отнюдь не порождение двадцатого века, предметом конкретных социально-психологических исследований она стала лишь в 30-е годы нашего столетия. Быстрый рост безработицы в пе-

тного от оптимизма к пессимизму и фатализму. Прежде всего, имеет место шок, сменяющийся активным поиском работы, в течение которого человек сохраняет свой оптимизм и непокоренную позицию. Когда прилагаемые усилия не приводят к успеху, человек впадает в пессимистичное, озабоченное, подверженное сильному дистрессу состояние. Это наиболее решающая фаза. В конечном итоге, индивид становится фаталистом и адаптируется к своему новому положению, но уже имея более узкий кругозор и нарушенные аттитюды.

Более дифференцированная модель стадий была предложена в 1936 году Б. Завадским и П. Лазарсфелдом¹. Она включала 6 основных фаз, отражающих типичные изменения настроений безработных в течение продолжающейся безработицы:

1. у людей, как реакция на увольнение с работы, в основном, возникает чувство обиды, оскорбления, иногда страх и дистресс, иногда возмущение, ненависть, негодование, импульс к мести и ярость;

2. далее следует стадия оцепенения и апатии, которая постепенно замещается

риод Великой депрессии в Америке, Англии, Франции и других странах привел к необходимости научного анализа этого явления, исследования его причин и последствий. Первые исследования неизбежно носили описательный характер, их методология была несовершенной, выборка - малой, сбор информации - случайным. Тем не менее в них был собран огромный материал, ставший в дальнейшем источником важных идей и подходов к изучению функций работы, экономических и психологических факторов, лежащих в основе негативных эффектов безработицы. С повышением уровня занятости объем публикаций, связанных с эффектами безработицы, заметно снизился, и лишь в 60-х и 70-х годах появились новые качественные исследования безработицы в Европе, Америке, Австралии, учитывающие ее современные особенности; возникли новые теоретические подходы, объясняющие ее последствия. Естественно, не все они применимы в контексте наших условий, каждая имеет свои достоинства и недоработки. Некоторые из них больше ориентируются на личность, ее основные потребности, индивидуальные изменения, другие акцентируют особенности среды и их роль в регулировании здоровья.

3. успокоением и возрастанием устойчивости, что приводит безработного к относительному душевному балансу. Эта стадия характеризуется возобновлением активности. Безработные адаптируются к обстоятельствам, они начинают верить в Бога, судьбу, в свои способности, а также в то, что ситуация очень скоро улучшится;

4. однако при убеждении в тщетности всех усилий, эта надежда становится постепенно слабее;

5. когда финансовые источники истощаются, возникает состояние безнадежности, выражающееся прежде всего в страхе (например, в страхе зимы или бездомности) и достигающее кульминации, которая может выразиться в попытке суицида;

6. после этих взрывов у безработного обычно наступает стадия трезвого примирения или бестолковой апатии. Дальнейшее чередование между надеждой и безнадежностью, активностью и пассивностью соответствует моментальным изменениям в финансовой ситуации.

Завадский и Лазарсфелд утверждают, что некоторые люди будут меньше страдать от существования без работы, чем другие, например, те, чьи финансовые ресурсы дают возможность справиться с ситуацией, те, для кого роль безработного сколько-нибудь мотивированна (одинокие матери-домохозяйки, старые люди, близкие к пенсии), и те, чьи стремления и ожидания (экспектации) низки сами по себе. Они отмечают также, что длительная безработица будет особенно опасной для тех, кто честолюбив и ранее был удачлив.

Существует также несколько иной подход к трактовке эффектов безработицы, который концептуально и экспериментально схож с теорией лишений, „утраты“⁴. Потеря работы вызывает такие же реакции, какие имеют место при утратах. Это может быть отрицание, горе, гнев и депрессия, которые постепенно приводят к некоторому признанию утраты и ее возмещению. В случае безработицы сила реакций будет зависеть от того, насколько сильно личность отождествляется

с потерянной работой. Сильная идентификация сопровождается сильными реакциями точно так же, как острота реакции на утрату говорит о силе привязанности.

В последние годы “модели стадий” все чаще подвергаются критике. Аргументируется, что существует большой диапазон поведенческих реакций на безработицу, человек может вернуться на прежние, уже пройденные стадии или перепрыгивать через те или иные фазы. Обобщенность стадий смазывает существенные различия, обусловленные уровнем квалификации, возрастом, региональными традициями, этническим фоном и т. п. Кроме того, “модели стадий” представляют собой лишь описание возможных изменений позиций, аттитюдов безработных, но никак не претендуют на роль объяснений эффектов безработицы, т. к. не снабжают информацией о механизмах и процессах, лежащих в основе предполагаемых изменений.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Этот подход развит Марией Жаода¹ в конце 70-х — начале 80-х годов на основе результата классического исследования, проведенного Жаода в 30-х годах в Ма-риентале об изменениях аттитюдов и позиций безработных. Она утверждает, что институт платной работы имеет как явные, так и латентные (скрытые) функции.

Явная функция работы - обеспечение дохода, экономической защищенности работника. Потеря или ограничение этого аспекта работы ведет к негативным последствиям в жизненном уровне человека и тем самым отражается на других сторонах его жизни (здоровье, семейные отношения и т. д.).

Латентные функции института работы - это так называемые “категории опыта” (category of experience), которые проводятся в жизнь подавляющим большинством работающих людей:

- 1. обязательное структурирование времени - работа*

обычно предполагает установленный режим дня:

- 2. социальные контакты с другими людьми;*
- 3. участие в коллективных целях и усилиях;*
- 4. приписываемый работой статус и идентификация;*
- 5. обязательная регулярная активность.*

Жаода говорит о связи перечисленных категорий опыта с психологическим здоровьем. Эти категории являются психологическими потребностями человека, и от того, насколько хорошо они удовлетворяются, зависит его душевное здоровье.

Существуют различные институты, которые могут предложить один или несколько категорий опыта. Например, в обществах, где работы как института не существует, психологические функции работы выполняют ритуалы, религиозные и общинные обычаи, которые приводят людей к объединению, обеспечивают им активность, четкую идентификацию и участие в общей цели. Однако ни один из социальных институтов не выражает эти категории столь целостным и полным образом, как работа.

Итак, посредством работы человек не только обеспечивает свой доход, но и удовлетворяет важные для себя потребности — категории опыта, определенные Марией Жаода. Потеря работы означает лишение ее как явной, так и латентной функций, и, очевидно, что безработица в большинстве случаев будет иметь негативные последствия, в особенности, если безработный не найдет путем собственных усилий альтернативного способа удовлетворения своих потребностей. Жаода показывает, что работа, как и безработица, может оказывать отрицательное воздействие на людей: например, если структурирование времени чересчур жесткое или контакт с сослуживцами и начальством неприятен, когда цели многочисленны и неприемлемы, если статус слишком низок, а активность утомительна.

Некоторые критики характеризуют подход Марии Жаода как теорию, в которой человек выглядит пассивным объек-

том, находящимся во власти социальных институтов и внешних сил.

В противоположность подходу Марии Жаода, Д. Фрайером была выдвинута теория представительства.

ТЕОРИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА

Воззрения Фрайера⁶ трудно назвать сформулированной теорией, это, скорее, представления о роли личности, ее деятельности. В этом подходе личность представлена как активный агент, формирующий и планирующий свое бытие через обширную систему событий. Она полна решимости, проявляет инициативу к новой деятельности, пытается влиять на события, руководит ценностями и целями, организует и структурирует информацию и пытается иметь некоторый контроль над событиями и результатами деятельности.

Взгляд на личность как на активный агент, а не пассивный объект не нов в психологии. Однако заслуга Фрайера именно в том, что он применил этот подход при изучении сферы занятости и объяснении последствий безработицы. Он утверждает, что качества и характеристики, присущие человеку, могут быть заблокированы как на месте работы, так и в условиях безработицы. Страх потерять постоянную работу и тем более фактическая безработица играют для человека роль внешнего ограничителя — уменьшают сферу его активности, свободы действий, тем самым влияя на психологическое здоровье.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ И ЛОКУС КОНТРОЛЯ

Современные обсуждения безработицы уделяют много внимания теории Марии Жаода и пренебрегают вкладом Е. Бейка⁷, который провел серию обширных исследований безработных в 30-х гг. в Гринвиче и в 40-м году в Коннектикуте, используя такие методы сбора информации как интервью с безработными, наблюдение, а также анализ документов (статистические данные, отчеты социальных работников). Хотя в результате он и не представлял формальной те-

ории, но акцентировал определенные ключевые переменные, которые могут рассматриваться при интерпретации реакций людей на безработицу. Одна из них — это содержание работы. Проводя сравнительный анализ среди квалифицированных и неквалифицированных рабочих, Бейк ставил акцент на эффектах опыта прошлой работы и влиянии, оказываемом ее содержанием на чувства удовлетворенности, защищенности, отношение к контролю и ответственности. О'Брайен утверждает, что многие нежелательные стороны поведения людей, которые Жаода относит к безработице, могут быть приписаны не только потере рабочей активности, но и опыту прошлой работы.

Некоторые из исследований О'Брайена⁸ касаются понятия “локус (место) контроля” (locus of control). Локус контроля определяется как обобщенный факт, что дела, события, изменения находятся под внешним и внутренним контролем. Люди с внешним локусом контроля верят, что изменения в основном детерминированы другими людьми, социальными структурами, судьбой, удачей, в то время как люди с внутренним локусом контроля ставят больший акцент на личной инициативе, способностях и усилиях как на основном источнике происходящих изменений.

О'Брайен считает, однако, что дихотомия между внешним и внутренним локусами контроля слишком упрощена, что следует учитывать, скорее, реальное отношение людей к локусу контроля, при котором они способны различать ситуации, поддающиеся личному контролю, от неподдающихся. Он говорит, что безработица ограничивает число ситуаций, где возможен персональный контроль людей.

МОДЕЛЬ УОРРА

В своих ранних работах П. Уорр⁹ развивает идеи о различиях между психологически “хорошей” и “плохой” работами. Хорошей работой он считает ту, в которой меньше психологической угрозы, которая безопасна и разнообразна, снабжает большими деньгами, целями, широтой решений,

межличностными контактами, высоко оцениваемой социальной позицией, возможностью использовать и развивать свое мастерство, умения. Плохая работа включает эти же характеристики с обратным знаком. Точно так же и безработица может быть хорошей или плохой, в зависимости от степени, в которой эти характеристики присутствуют или отсутствуют. Уорр предполагает, что психологическое здоровье будет улучшаться при хорошей работе и ухудшаться при плохой.

Позднее Уорр тщательно разрабатывает эти идеи с учетом признаков среды (environmental feature):

- 1. возможность контроля над ситуацией;*
- 2. возможность использовать умения, мастерство;*
- 3. внешне вызванные цели;*
- 4. разнообразие;*
- 5. чистота окружающей среды (обратная связь, предсказуемость);*
- 6. возможность межличностного контакта;*
- 7. наличие денег;*
- 8. физическая безопасность;*
- 9. высоко оцениваемая социальная позиция.*

Все девять признаков среды частично пересекаются и не самостоятельны. Например, высокий статус сопровождается большим доходом, а увеличивающийся личный контроль может нести с собой большую возможность использования умений, мастерства.

Между признаками среды Уорра и категориями опыта Марии Жаода существует определенное сходство. Первые две категории опыта Жаода — контакты с другими людьми, личный статус и идентификация — совпадают с признаками среды (8) и (9). Другие три латентные функции Жаода собраны в третьем признаке среды — внешне вызванные цели.

Как Уорр, так и Жаода считают финансовые ресурсы главным качеством среды.

Каким образом признаки среды Уорра могут быть применимы к пониманию последствий безработицы? Для объяснения связи между признаками среды и душевным здоровьем Уорр проводит аналогию с влиянием витаминов на физическое здоровье человека. Их недостача или отсутствие ослабляют жизнеспособность организма, нарушают необходимый в нем баланс химических элементов. Для нормального функционирования человеческого организма поступление витаминов обязательно. Однако чрезмерное использование некоторых из них может привести к негативным последствиям.**

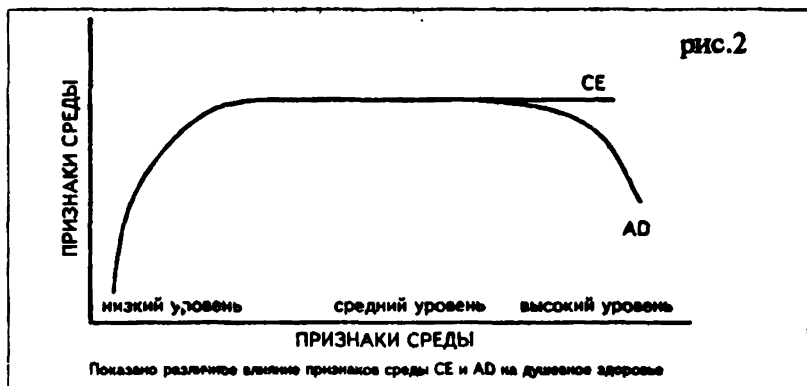
Точно таким же образом Уорр рассматривает влияние признаков среды на психологическое здоровье. Во всех случаях низкие уровни признаков среды чреваты негативными последствиями для человека. Но в своем эффекте — при очень высоком уровне — они, как и витамины, делятся на два типа:(рис.2)

1. “модель витаминов А и D”, продуцирующая упадок душевного здоровья при больших дозах. К ним относятся первые шесть перечисленных признаков. Когда цели становятся трудными или многочисленными, человек может испытывать перегрузку. К тому же может привести беспрестанное требование контроля или непрерывное использование высокого уровня мастерства. Очень много разнообразия в окружении могут создать проблемы в эффективном контроле внимания; очень высокая степень чистоты может подразумевать, что все предсказуемо и что не существует сомнений. Большое количество межличностных контактов может сопровождаться переполненным окружением и уто-

** В этом отношении витамины подразделяются на две группы:

1. витамины А и D, которые должны присутствовать в организме в определенном количестве. Злоупотребление ими, слишком большая доза повредит здоровью человека;

2. витамины С и Е, производящие постоянный эффект, могут использоваться в неограниченном количестве.



мленностью.

2. *“модель витаминов С и Е”.* К ней относятся последние три признака - деньги, физическая безопасность и высоко оцениваемая социальная позиция. Как полагает Уорр, нет основательной причины ожидать, что высокий уровень какого-либо из этих признаков будет проблематичным для душевного здоровья.

Итак, признаки среды меняются в широком диапазоне. Именно их переход с высокого уровня на низкий при потере работы и обуславливает последствия безработицы. Причем, чем больше будет скачок, тем болезненнее он будет ощущаться.

ПРАКТИКА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

С целью установления соответствия между человеческими потребностями и общественными ресурсами, социальная работа планирует и претворяет стратегию вмешательства в проблему, намереваясь облегчить стресс, усилить способность людей справляться с жизненными невзгодами и усовершенствовать общественную реакцию на человеческие потребности. При работе с такими многоаспектными проблемами как безработица существует риск рас-

кола профессионалов на два лагеря. Одни ставят акцент на попытках понять ситуацию больших групп людей и изменить программу помощи всем. Другие выдвигают задачу определить жизненные ситуации малых групп и конкретных людей и оказать им помощь. Характер нашей профессии предполагает работу одновременно на практическом, аналитическом и политическом уровнях, хотя этот потенциал не всегда реализуется. Если мы будем фокусировать внимание на личных проблемах безработного, объективность причин безработицы и ее тенденций непременно будет искажена. Только лишь терапия, пусть и высококвалифицированная, не может гарантировать безработному получение работы. Имея дело с безработными, социальные работники должны включить в свой репертуар клинические, административные, политические умения, суметь связать вместе эти разные подходы, реакцию на причины и последствия безработицы. Как указывает Шарон Киш¹⁰, стратегия предупреждения безработицы должна быть направлена на несколько фронтов — от глобальной и национальной к общности, семье и личности.

Основная задача социального работника — помочь клиенту, т. е. безработному, самостоятельно справиться, решить, преодолеть внутренние психологические и внешние социальные проблемы. При этом социальная работа будет заключать в себе ряд функций:

общетерапевтическую — связь непосредственно с безработным, работа над его психологическим здоровьем;

адвокатскую — попытка в пределах своей компетенции обеспечить, организовать активную жизнь безработного в обществе;

переводческую — налаживание связи между органами управления и безработными.

Для продуктивного исполнения функции переводчика между органами управления и безработными, социальный работник должен быть хорошо осведомлен о социальной по-

политике государства по проблеме безработицы, о намерениях и стратегии создания рабочих мест и претворении в жизнь реформ благоустройства. Он должен знать о функционировании тех социальных сервисов, которыми могут пользоваться клиенты, для того, чтобы суметь привлечь ресурсы извне для решения проблем безработного.

К сожалению, обеспечение обратной связи затрудняется отсутствием налаженных каналов и методов сбора информации. Непосредственный контакт социальных работников с безработными, осведомленность об их проблемах и нуждах, несомненно, является полезной информацией, необходимой для проведения эффективной социальной политики. Поэтому поиск путей включения социальных работников в политический процесс формирования законодательных проектов по вопросам безработицы представляется заслуживающим внимания.

Как уже было показано выше, потеря работы является мощным стрессором для человека, под влиянием которого личность часто оказывается неспособной противостоять возникающим проблемам. В этих условиях крайне необходимо своевременное вмешательство социального работника, направленное на то, чтобы уменьшить негативное влияние безработицы на клиента, помочь ему обрисовать целостную картину вставших перед ним проблем, собственных ресурсов, сил, возможностей справиться с ситуацией, а также подготовить его к конкретным рациональным действиям.

Ниже приводится модель решения проблемы занятости (occupational problem solving), применение которой даст возможность социальному работнику наиболее полно и последовательно использовать свои знания, умения для оказания помощи клиенту.

МОДЕЛЬ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЗАНЯТОСТИ

Основная цель практики социальной работы с безработными - обеспечить их готовность взяться за наиболее важную часть решения проблемы безработицы, а именно, начать поиск новой работы. Часто личность под давлением экономических, эмоциональных, семейных стрессов, вызванных безработицей, оказывается неспособной полноценно осуществлять этот поиск. Возможное появление различных симптомов - физических, психических, поведенческих нарушений - не позволяет человеку адекватно реагировать на ситуацию. Кроме работы над симптомами, обсуждение стратегий поиска на фоне проводимой подготовки клиента увеличивает вероятность успешного решения проблемы занятости.

Шаги, включенные в решение проблемы занятости, представляют собой два параллельных автономных процесса:

1. *Оценка и стабилизация симптомов:*
 - а. *оценка и определение симптомов;*
 - б. *упорядочение симптомов;*
 - в. *оценка и определение потерь;*
 - г. *оценка сил и поддержек в социуме;*
 - д. *развитие плана временной стабилизации.*
2. *Приобретение работы (поисковая фаза):*
 - а. *самооценка;*
 - б. *оценка рынка труда;*
 - в. *самоподдержка.*

В одних случаях эти две фазы могут иметь место одновременно, независимо друг от друга. В других они могут пересекаться, развиваться в зависимости от степени готовности безработного заниматься поисковой фазой.

Особой трудностью для социального работника является определение приоритета - сначала содействовать приобретению работы или работать исключительно над симптомами. Неправильная оценка может привести к усугублению

состояния безработного, потере его веры в социального работника, в успешность общих усилий. Для предотвращения подобных ошибок желателен — с первой же консультации, после каждого шага — анализ способности безработного приступить к поиску работы, пережить возможные неудачи. Таким образом, социальный работник должен быть готов установить баланс между потенциальными последствиями симптомов и поисковым поведением безработного.

1. ОЦЕНКА И СТАБИЛИЗАЦИЯ СИМПТОМОВ

Процесс оценки и стабилизации симптомов вытекает из традиционных навыков социальной работы. Здесь большую роль играет умение социального работника воссоздать целостное представление проблемы, отделить побочные эффекты безработицы от ее более дисфункциональных последствий, использовать их в качестве стартовых точек для оказания помощи клиенту, привлекая максимум сил и ресурсов.

ОЦЕНКА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИМПТОМОВ. Первый шаг социального работника заключается в идентификации отдельных аспектов проблемы клиента. Прежде всего социальный работник должен определить характер, сферу распространения и рост влияний экономической незащищенности и безработицы на личность. Их последствия могут проявляться в различных физических, эмоциональных и поведенческих нарушениях. Часто такие симптомы как нарушение сна или еды на первый взгляд не имеют причинно-следственных связей с безработицей. Однако эта связь не вызывает сомнений. Поиск работы порой усиливает симптомы, усугубляет стресс безработного, вплоть до появления фобий, приступов агрессии, беспокойства и даже попыток к суициду. Некоторые клиенты нуждаются в отдыхе от поиска работы, чтобы обратиться к обеспечению ресурсов и решению других жиз-

***Cognitive - познавательный, понятийный, intervention - вмешательство (перевод с англ).

ненных проблем.

Практика, обращающаяся как к симптомам, так и к поиску работу, может включать когнитивную интервенцию***. Социальному работнику важно знать, что испытывают и думают безработные, сталкиваясь с вынужденными ограничениями, например, когда говорят своим детям, что не могут купить им новую игрушку или одежду, или когда из-за неплаты отключен телефон. Подобные ситуации, так же как и несоответствие между ролевыми ожиданиями (например, быть “кормильцем семьи” или “независимым от родителей”) и возможностью их реализации обычно вызывают у безработного отрицательные эмоции. Когнитивные реакции на стрессоры, такие как потеря работы, отказы на заявление о приеме на работу от работодателей или внутриличностный конфликт, могут выражаться в виде малоадаптивных мыслей и поведения, которые активизируют разрушающую силу безработицы. Когнитивная интервенция предполагает переформулировку, репетицию автоматических позитивных мыслей и представлений безработного, что уменьшает некоторые негативные последствия безработицы, а кроме того, может сделать процесс поиска работы более эффективным.

УПОРЯДОЧЕНИЕ СИМПТОМОВ. Этот этап практики характеризуется показом безработному, как вставшие перед ним проблемы связываются со стрессом, вызванным потерей работы. Это позволяет расклеить людей, которые чувствуют себя “неудачниками” или “девиантными”, так как указывает на то, что симптомы их являются предсказуемыми, планируемыми “эффектами” безработицы. Некоторые безработные, переживающие за свое душевное здоровье и стабильность, испытывают большое облегчение и даже снижение симптомов, когда их реакции анализируются.

Так как стресс действительно снижает работоспособность безработных, они могут поверить, что потеряли хватку, профессионализм, а вследствие этого у них ослабевает надежда найти работу. Интерпретация этих беспокойств как обычных, предсказуемых последствий потери работы приносит клиенту облегчение. Помощь безработному выразить в сло-

вах свой гнев, возмущение и переложить вину за проблемы на внешнюю среду часто оказывает терапевтическое воздействие, особенно, если у клиента ярко выражен внутренний локус контроля.

Упорядочение симптомов нельзя отождествлять с их одобрением. Хотя некоторые симптомы, такие как агрессия или депрессия, заслуживают эмпатического (сопереживающего) слушания, социальный работник должен быть уверен, что проводит четкое разграничение между упорядочением и одобрением симптомов.

ОЦЕНКА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТЕРЬ. Оценка и определение потерь является центральным пунктом лечебного процесса и может предшествовать или сопровождать поисковую фазу. Потеря работы несет с собой разрыв привязанностей личности к ее внешним и внутренним атрибутам — к социальному статусу и идентификации, к рабочим ролям, к коллективу и т. д. Привязанности эти аналогичны явным и латентным функциям Марии Жаода и признакам среды Уорра, и именно их разрыв вызывает у безработного чувство утраты, переживания, различные нарушения. В этом случае безработному можно помочь раскрыть, понять значимые для него потерянные атрибуты работы. Признание потерь, сопровождаемое когнитивной интерпретацией, даст возможность безработному приобрести новые эмоциональные силы и новое видение недалекого прошлого, содействующее более успешному решению профессиональной проблемы.

Социальная работа с безработными должна не только определять потери, но и предлагать продолжение поиска работы, обладающей признаками, свойствами прежней. Социальный работник должен помочь безработному строить этот план по стратегии расширения профессиональной сферы, позволяющей обеспечить средства к существованию, трансформируя старые или применяя новые умения и способности, а не по стратегии равноценного замещения. В первом случае чувство потери будет уменьшаться постепенно, а во втором, поиск работы будет заходить в тупик, блокируясь

непримиримым подходом безработного. Следует отметить, что людям, получающим удовлетворение от своей профессиональной деятельности в прошлом, т. е. тем, у кого привязанность к работе была сильна, трудно заняться поиском новой, поскольку новая работа может не обладать атрибутами старой. В этом случае решение профессиональной проблемы часто срывается придирчивым, гиперкритичным отношением клиента к новому выбору, а порой попытками, несмотря на вероятность неудачи, заняться прежней работой. Однако попытки вернуть прошлую работу или ее содержание часто бывает нереалистичными или неуместными.

ОЦЕНКА СИЛ И ПОДДЕРЖКИ В СОЦИУМЕ. Как показывают исследования, социальная поддержка амортизирует эффекты безработицы. У каждого человека помимо работы существуют другие сферы деятельности, которые дают возможность расширить круг общения, социальные связи. Последние могут быть различной силы, интенсивности, частоты и значимости для человека. Когда разрывается одна из связей человека с внешней средой, становится значимым функционирование остальных.

С потерей работы, несомненно, сужается и сфера общения человека — разрываются или ослабевают формальные и неформальные связи, возникшие в процессе профессиональной деятельности. В этих условиях первостепенную роль в его жизни начинают играть семья, оставшаяся неповрежденной, а может быть, и ставшая сильнее, сплоченнее, чем когда-либо; друзья, которые, несмотря на произошедшие изменения, выражают готовность помочь; соседи, родственники, знакомые. Свое место занимает и социальная поддержка государства — пособия по безработице, помощь продуктами, а также обеспечение возможности пользоваться бесплатными сервисами, например, уход за детьми в детских садах, оказание медицинской помощи и т. д.

Социальная поддержка будет заключаться в:

1. моральной поддержке безработного, что даст ему ощущение, что он не один перед вставшими проблемами, и ис-

ключит чувство одиночества и изолированности. Большую роль будет играть возможность поделиться своими переживаниями, эмоционально разрядиться, структурировать мысли;

2. финансовой помощи - ссуды, кредиты. Эти средства окажут временное стабилизирующее воздействие на человека, пока не будет решена проблема его трудоустройства;

3. помощи в поиске новой работы. Очень часто участие знакомых, коллег в поиске свободных рабочих мест приводит к успешному решению профессиональной проблемы.

Социальный работник должен уделить специальное внимание оценке интенсивности и типов социальных поддержек, на которые клиент может рассчитывать.

РАЗВИТИЕ ПЛАНА ВРЕМЕННОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ. Так как инициатива поиска работы блокируется безнадежностью, апатией, отсутствием финансовой возможности начать новое дело или же многочисленными проблемами, требующими безотлагательного решения, безработный нуждается в организации различных аспектов жизнедеятельности, с тем, чтобы суметь полноценно заняться поиском работы.

Оценка финансовых, социальных, эмоциональных проблем безработного, социальных сил и поддержек, имеющихся в его распоряжении, должна привести к созданию социальным работником плана временной стабилизации. Он будет направлен на пресечение потока экономических потерь, эмоциональных и социальных дезадаптаций клиента на основании привлечения всех имеющихся у него ресурсов. К числу последних будут относиться и личные возможности клиента, и социальная поддержка извне. Например, обзор финансовых активов может предполагать пособия по безработице, планы занять деньги у знакомых, обратиться к благотворительным организациям, продать собственное имущество и т. д. Или же в оказание помощи в уходе за детьми матери-одиночке, пока она занимается решением проблемы трудоустройства, могут быть вовлечены родственники, друзья или общественные службы - детские сады, ясли. Часто

такая помощь, стабилизация оказывается необходимым условием развития инициативы безработного к поиску новой работы.

2. ФАЗА ПРИОБРЕТЕНИЯ РАБОТЫ

Эта фаза не ограничивается конечной целью — обретением работы. Согласно многим программам поиска работы она включает набор краткосрочных и долгосрочных планов, исследование рынка труда и самоподдержку.

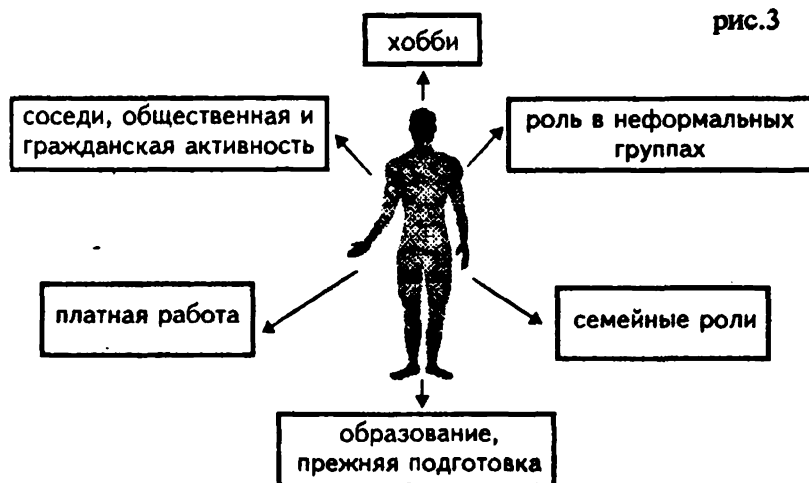
Определение области работы, наиболее соответствующей интересам, потребностям и желаниям человека, — часто пренебрегаемый аспект поиска работы. Период безработицы может быть ступенькой, средством для достижения нереализовавшихся мечтаний ранних лет или возможности разнообразить профессиональное будущее. По этой причине для некоторых людей безработица действительно может стимулировать позитивную и творческую переоценку своей жизни и планов на будущее. Предлагаемый план поиска работы предполагает наиболее продуктивный путь решения проблемы занятости, соответствующий эволюционной задаче.

САМООЦЕНКА: МНОГОМЕРНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ. Экспектации, которые имеют люди к своей профессиональной жизни, формируются образованием, профессиональной подготовкой, опытом на рынке труда, классовыми, половыми, возрастными и другими переменными. Потеря работы ощущается ими как шаг назад не только в финансовом, но и профессиональном развитии. Оценка безработным своих спадов может повредить способности видеть те таланты, которые проявлялись в прежней рабочей жизни, и те умения, которые применимы в других областях работы.

Приученные обществом подходить к своей работе с узкой позиции, многие люди воспринимают историю своей работы, скорее, как серию названий, а не обширную совокупность умений, которые могут быть применены. Раскрытие

семейных, дружеских, общественных ролей клиента, так же как и разбор предыдущей работы представит более пеструю картину его многочисленных способностей. Многие, показанные на рисунке 3 сферы жизнедеятельности и группы ролей человека, могут переформулироваться в названия работ. Когда эти общие конфигурации связываются с безработным, они формируют калейдоскоп возможных путей подвода безработного к такой классификации работ и рабочих обстановок, которые наилучшим образом соответствовали бы его талантам и способностям. Конечно, поскольку не все возможности человека могут быть использованы одновременно, выбор какого-либо типа работы означает определение тех умений, которые не будут применены.

Эти многомерные перспективы, самооценка клиента помогают ему расширить взгляды и представления о будущей работе. Поиск работы требует определения приоритетов, очередности. Возможны будут и планы краткосрочного при-



обретения работы, решение промежуточных задач, и долгосрочные планы, включающие переподготовку, переквалификацию и т. д. Все эти решения и шаги могут оказаться громоздкими и нескладными, но вместе с ценностным ана-

лизом потребностей клиента процесс поиска работы будет многообещающим и управляемым.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЫНКА ТРУДА. Исследование рынка труда играет столь же важную роль, как и определение краткосрочных и долгосрочных профессиональных планов. Многие безработные ищут работу, когда переполненность рынка уменьшает вероятность ее достижения в ближайшем будущем. Отсутствие информации о предложении рабочих мест означает поиск работы без определенной четкой программы и часто приводит к нерезультативной трате сил, времени, связей безработного. Исследование рынка труда может предохранять от заведомо безуспешных попыток устроиться на работу.

Исследование рынка труда должно снабжать информацией о наличии свободных мест в интересующей клиента области, о количестве претендентов на эти вакансии, о тех работодателях, от которых зависит решение проблемы трудоустройства. Такая информация помогает безработному правильно определить наиболее многообещающие линии поиска работы и рассчитать время, требующееся на достижение желаемого результата. Иными словами, эта ступень практики представляет собой разведку поля, куда должны быть направлены усилия клиента.

Методы поиска работы подразделяются на формальные и неформальные. К формальным относятся обращения к частным и государственным сервисам занятости, объявления в газетах, профессиональных журналах. Неформальные методы включают персональные контакты с друзьями, родственниками, коллегами, знакомыми, а также прямые обращения к работодателю.

САМОПОДДЕРЖКА. Идея “продавать себя, представить как товар” хоть и неприемлема для многих, но важна для достижения работы, поскольку это не только стыковка вакантной должности и имеющихся у претендента знаний и умений. Так как желающих занять должность много, процесс нанимания на работу становится выборочным. Несмотря на

то, что работодатели пытаются быть объективными в своих потребностях, они часто выбирают будущих работников, основываясь не только на их умениях, но и личных качествах, их соответствии с организацией работы, рабочими группами. Следовательно, претендент должен передать работодателю, что он обладает требуемыми знаниями, умениями, рабочими привычками, межличностным поведением и мотивационными качествами.

Самоподдержка включает в себе:

1. ясную формулировку умений и знаний;
2. предоставление доказательств своей твердости и надежности в будущей работе;
3. показ способности решать специальные проблемы, которые могут быть связаны с потребностями работодателя или особыми интересами;
4. проявление знаний о работодателе и заинтересованности в нем, для чего особенно важно интенсивное исследование рынка труда и отдельного работодателя.

РАЗРАБОТКА КОНКРЕТНОГО СЛУЧАЯ

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Григорий (44г.) женат, имеет двоих детей 15 и 11 лет. Жена, Лаура (39 лет), домохозяйка, никогда не работала. У Григория среднее техническое образование. Работал долгое время на строительстве. Уже больше двух лет как попал под сокращение, лишился постоянной работы. Тяжело переживал стресс в связи с безработицей, надеялся вскоре снова устроиться на работу. Зарегистрировался на бирже труда, стал получать пособие. Однако понял, что рассчитывать на нахождение хорошо оплачиваемой работы по специальности через биржу труда не имеет смысла. Бесплодные поиски работы в течение шести месяцев, крайне трудное финансовое положение в семье вызвали состояние безысходности, тревоги за будущее. Вынужден был при-

нять предложение брата заняться коммерцией. Временное решение материальных проблем не привело к стабилизации симптомов безработицы. На фоне постоянного риска, напряжения в сочетании с неприемлемым отношением к коммерции как к способу заработка росло чувство неудовлетворенности, страха, беспокойства. Стал раздражительным в семье, участились ссоры с женой, детьми, особенно со старшим сыном. Неожданную неудачу и даже потерю вложенных в дело денег воспринял спокойно, расценил как освобождение от непосильного напряжения. Накопленные финансовые ресурсы дали Григорию возможность временного отдыха. После передышки вновь принялся за поиски работы без энтузиазма, надежды. Несколько неудачных попыток устроиться на более или менее подходящую работу убедили его в бесполезности усилий и смирили с позицией безработного. Тем не менее чувствует ответственность за семью, за удовлетворение ее минимальных потребностей в еде, тепле, одежде и т. д. Старается решить материальные проблемы, зарабатывая починкой неисправных электрических приборов, часов. Понимает, что это не решение вопроса, но не видит никакой перспективы трудоустройства. Сильно переживает свою неспособность адекватным образом исполнять роль “кормильца семьи”, несоответствие между представлением образа современного мужчины и собственным поведением.

РАЗВИТИЕ СТРАТЕГИИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Работа с клиентом началась, когда он уже прошел все принятые фазы переживания безработицы — шок, возобновление активности, безнадежность, апатию, примирение. В итоге он адаптировался к новой ситуации, обладая нарушенными аттитюдами — смирение, безнадежность, апатия, более узкий круг интересов. Очевидно, что на данном этапе клиент не способен заня-

ться продуктивным поиском работы, поэтому акцент ставился первоначально на оценке и стабилизации симптомов. Был проведен подробный анализ сфер жизнедеятельности клиента, которые подвергались негативному влиянию эффектов безработицы, симптомов, вызванных потерей работы. Прежде всего изменилось эмоциональное состояние клиента. Постоянная тревога, беспокойство привели к повышенной возбудимости, раздражительности, особенно в отношении к членам семьи. Свою роль в создании эмоционального напряжения играют пониженные самооценка и самоуважение, неуверенность в себе, самообвинения в беспомощности. Григорий отошел от круга своих друзей, редко выходит из дому, общается в основном с соседями. В семье, несмотря на трудности, мелкие ссоры, чувствует поддержку и сочувствие. У клиента появились головные боли, бессонница. Упорядочение симптомов предполагало установление связи между ними и последствиями безработицы — дефицитом материальных ресурсов, неудовлетворенными потребностями в самоактуализации, самоутверждении, неудачными попытками устроиться на работу. Эмпатическое слушание и восприятие проблем клиента, упорядочение симптомов и переформулировка негативных мыслей, когнитивная интервенция преследовали цель помочь Григорию выработать более оптимистичный взгляд на себя, окружение, будущее, избавиться от самоприговора “неудачника”.

Следующий этап работы — оценка и определение потерь — показал, что отстранение от работы воспринимается клиентом прежде всего как потеря высокооцениваемого статуса “работник”, лишение возможности контролировать ситуацию, проявлять инициативу, активность, добиваться уважения и признания со стороны коллег. Анализ прошлого опыта клиента говорит о том, что работа, снабжающая материальными ресурсами без перечисленных категорий опыта Марии Жаода является для него неприемлемой. Этим и объясняется критическое отношение Григория к предлагаемым

ему вариантам. Нынешнее занятие починкой электрических приборов расценивает как хобби.

Обзор социальных сил и поддержек клиента рассматривается с точки зрения моральной и материальной помощи. По словам клиента, большую роль в его спокойствии и уравновешенности играет реакция жены, которая с самого начала проявила понимание, сочувствие, помогала справиться с трудностями. Такую же поддержку видит и в своих родителях. Друзья не причисляются Григорием к категории людей, на которых он может рассчитывать. Здесь сказывается нежелание клиента обременять их своими заботами, переживаниями, навязывать личные проблемы. Посильную материальную помощь безработному оказывают брат, родители, которые живут в деревне и часто снабжают его продуктами питания, забирают к себе детей. Казалось разумным привлечение жены, Лауры, в процесс материального обеспечения семьи. После непродолжительных поисков работы формальными и неформальными методами она временно устроилась няней в семье своих знакомых, что значительно уменьшило нагрузку клиента.

Далее была совершена попытка перейти непосредственно к фазе приобретения работы. Григорий считает неприемлемой возможность заняться переподготовкой, продолжением обучения или приобретением новой специальности. Раскрытие социальных ролей и разбор предыдущей работы выдвинули основные признаки желаемой работы: высокооцениваемая социальная позиция, безопасность, разнообразие используемых умений, достаточная зарплата. Придирчивость, четкие требования клиента к работе, а также ограниченность рынка труда в Армении затрудняют и задерживают ее поиск. Тем не менее были привлечены все возможные источники предложения работы — друзья, соседи, родственники, бывшие коллеги, объявления в газетах и журналах.

Развитие долгосрочного плана поиска работы не исключало и использование краткосрочных методов достижения временной стабилизации. В случае с Григорием подобную роль сыграло приобретение земельного участка рядом с домом своих родителей. Для этого были привлечены собственные ресурсы и внешние источники. Григорий с женой ре-

шили продать представляющие ценность семейные драгоценности, заняли недостающую сумму у брата и купили участок. По словам клиента, он сейчас с удовольствием занимается обработкой большого фруктового сада, выращиванием овощей и даже разведением кур и свиней, проводя там все свое свободное время. Во многом ему помогают его родственники. Кроме предоставления возможности трудиться, видеть результат и оказания терапевтического воздействия тишиной, свежим воздухом, работа в деревне приносит клиенту и ощутимый доход от продажи продуктов собственного производства — фруктов, овощей, яиц, мяса.

В результате проведенной социальной работы с Григорием были достигнуты определенные цели: улучшение психологического состояния клиента, стабилизация симптомов и смягчение последствий длительной безработицы, повышение самооценки и самоуважения, а также наличие источника дохода, т. е. возможность исполнять роль “кормильца семьи”. Их совокупность гарантирует временное приостановление негативного влияния безработицы на клиента и его семью и способность безработного продуктивно участвовать в дальнейшем поиске работы. Продолжение действий в этом направлении, привлечение все новых источников информации о свободных рабочих местах как в государственном, так и в частном секторе позволяет надеяться, что в ближайшем будущем будет достигнута и основная цель практики социальной работы с безработными — решение проблемы занятости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Mills C. W. “The Causes of World War Three L. 1959.
2. Beales H. L. and Lambert R. S. “Memoirs of the Unemployed”, Wakefield: E. P. Publishing, 1934.
3. Zawadski B. and Lazarsfeld P. F. “The Psychological Consequences of Unemployment”. Journal of Social Psychology.
4. Parker M. C.. “Bereavement, London, 1988.

5. Jahoda M. "Employment and Unemployment" Cambridge, 1982.
6. Fruer D. "Employment Deprivation and Personal Agency during Unemployment". Social Behaviour, 1986.
7. Bakke E. W. "The Unemployed Man. " London, 1933.
8. O'Brien C. E. "Psychology of Work and Unemployment. " Chichester: John Wiley and sons.
9. Warr P. B. " Work, Unemployment and Mental Health", 1987.
10. Sharon Klrsh. "Unemployment, its Impact on Body and Soul", 1983.

Глава III. РАБОТА С СОЦИАЛЬНО НЕЗАЩИЩЕННЫМИ ГРУППАМИ НАСЕЛЕНИЯ

УЯЗВИМЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ И СПОСОБЫ ИХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

В западной социальной политике принято выделять следующие группы риска или неконкурентоспособные группы:

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ГРУППЫ РИСКА — люди с низким доходом, которые в результате неравномерности распределения ресурсов живут значительно ниже стандартов, принятых в обществе. В результате бедности эта группа испытывает весь комплекс социальных лишений: значительно хуже условия ее жилья, ниже уровень доступности образования, здравоохранения, их социальная защищенность.

СОЦИАЛЬНЫЕ ГРУППЫ РИСКА — традиционно это женщины, пожилые, инвалиды и все те, кто по тем или иным причинам не могут быть в полной мере конкурентоспособными на рынке труда. Женщины, которые в силу физиологических закономерностей обеспечивают процесс воспроизводства жизни, а в силу социальных традиций и дальнейший уход за ребенком, оказываются в значительно худших условиях, чем мужчины в плане повышения квалификации, профессионального роста, получения образования.

Неконкурентоспособны и пожилые, у которых в силу объективных закономерностей ниже энергетический потенциал и трудоспособность и которые вытесняются с рынка труда, а значит, лишаются источников дохода.

Представители групп, живущие без защитного шлема се-

мы, а именно, одинокие матери, разведенные женщины, вдовы, оказавшись в стихии свободного рынка, не выдерживают конкуренции и с наибольшей вероятностью попадают в бедственное положение.

РАСОВЫЕ И НАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕНЬШИНСТВА

— известно, что эти группы населения значительно более уязвимы перед лицом бедности и дискриминации на рынке труда. В неравных условиях оказываются и эмигранты той же национальности. Применительно к условиям Армении к этой группе относятся беженцы-армяне из Азербайджана (см. статью о беженцах). Это субкультурная группа оказалась в значительно худшем положении не только в силу различия стартовых условий — отсутствие жилья, порой предметов первой необходимости, прерванности профессиональной карьеры, но и худшего знания армянского языка, неусвоенности культурных традиций и стереотипов новой социальной среды, слабости социальных связей.

МОДАЛЬНЫЕ ГРУППЫ — демографически и этнически, культурологически, экономически не отличающиеся от “беспроblemного” большинства, но в силу специфических проблем, ситуаций и особенностей жизненного цикла ставшие уязвимыми и неконкурентоспособными. К их числу можно отнести конфликтные семьи, людей, переживших психологический стресс, ущемленных в своих правах, неадаптировавшихся к социальной среде и т. д.

Все перечисленные группы являются носителями социальных проблем, нуждаются и должны быть объектом государственной защиты.

В мировой практике применяются следующие стратегии социальной защиты.

ПОЛИТИКА НАЛОГОВ С ДОХОДА

Система налогообложения может стать действенным инструментом оказания государственной помощи бе-

дным. В этом случае в систему закладываются возможности перераспределения первичного дохода от обеспеченных к необеспеченным, путем взимания большого налога у богатых и предоставления налоговых льгот неимущим.

Эти льготы могут быть предложены и в виде надбавок к зарплате, обеспечивающей семье принятый в стране минимальный уровень дохода.

ПРОГРАММЫ ПОМОЩИ В ВИДЕ ПОСОБИЙ

Эти программы предполагают оказание финансовой помощи отдельным социально уязвимым группам, в частности инвалидам, одиноким пенсионерам, детям, одиноким матерям и т. д. Подобные программы, как правило, финансируются из государственных фондов и служат каналом поступления населению небольших средств, могущих служить подспорьем для бедных семей.

ПОЛИТИКА СОЦИАЛЬНЫХ СТРАХОВОК

Фонды программ социального страхования образуются от выплат занятого населения и работодателей. Эти выплаты предназначаются для оказания помощи в период жизненных невзгод — таких как болезнь, безработица, в случае нетрудоспособности, будь то по причине возраста, болезни, производственных травм и т. д.

Страховочные программы, как правило, не являются средством перераспределения. Величина страховки чаще всего возрастает при большем риске оказаться в кризисной ситуации. Страховочные взносы безработных могут оказаться выше, чем у бедных. Но как показывает практика, фонды страхования в конечном итоге распределяются преимущественно среди последних.

ПОЛИТИКА ЛЬГОТНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Многие социальные программы могут иметь целью и доходить до реципиента в виде бесплатных услуг

или товаров, предназначенных для социально не защищенных групп населения. Они чаще всего реализуются в виде оппачиваемых государством медицинских карточек, по которым члены необеспеченных семей могут получить необходимую им медицинскую помощь, продовольственных карточек, которые могут быть отоварены в торговой сети. Преимуществом этих программ является возможность направлять имеющиеся ресурсы на удовлетворение определенной насущной потребности. Однако эти программы вызывают и серьезные возражения в связи с тем, что лишают людей, охваченных ими, свободы выбора способа и формы потребления.

ПОЛИТИКА СТРАХОВОК НА ПОЛУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

Программы социальных страховок могут быть ориентированы не только на получение пособий в определенных ситуациях жизни, но и на получение социальных услуг, таких как медицинское обслуживание, социально-психологическая помощь и др. Как и в случае страховочных пособий, фонды социальной страховки формируются выплатами трудоустроенного населения и работодателями.

ПОЛИТИКА ПОДДЕРЖКИ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП

Эти программы ориентированы на оказание поддержки социальным группам, которые представлены в слое бедных, например: женщинам, национальным меньшинствам, лицам, близким к пенсионному возрасту, инвалидам и др.

Они могут реализоваться, как в виде переквалификационных программ, так и политикой предоставления квот на рабочие места.

СОЗДАНИЕ РАБОЧИХ МЕСТ

В целях сокращения безработицы и смягчения проблем бедности правительство может принять программы по созданию новых рабочих мест на производстве и в общественном секторе за счет целевого финансирования.

Вышеописанные методы социальной защиты служат преимущественно способом борьбы с бедностью. Однако в социальной защите нуждаются не только бедные, но и ущемленные группы, оказавшиеся на обочине жизни в силу той или иной жизненной ситуации. Более того, современное общество вынуждено предпринимать специальные меры для борьбы с насущными проблемами и социальными патологиями, представляющими угрозу здоровью общества. Именно этим обусловлено принятие специальных программ по борьбе со СПИДом, наркоманией, злоупотреблением алкоголем и др.

Мы описали наиболее распространенные виды специальных программ, реализуемых в западных странах. Их преимуществом и одновременно недостатком является унифицированность и ориентированность на вполне конкретную потребность и некую оторванность от нужд и проблем отдельной личности. Защита отдельной личности, как уникальной, осуществляется в демократическом обществе посредством института социальной работы, наличие которого обеспечивает относительную независимость и устойчивую социальную защиту в условиях изменчивой социальной политики.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С БЕЖЕНЦАМИ

Беженцы — одна из наиболее массовых групп социально не защищенного населения. Согласно Конвенции ООН о “Статусе беженцев” под термином “беженец” подразумевается лицо, которое, в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследований по признаку расы, религии, гражданства, принадлежности к определенной социальной группе или по политическим убеждениям, находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться ее защитой вследствие таких опасений (Конвенция, 1968г.).¹

В настоящее время в некоторых государствах СНГ приняты законы о “лицах, вынужденно покинувших места постоянного проживания”, которые в свою очередь делятся на две категории: “беженцы” и “вынужденные переселенцы”.

Беженцем считается лицо, вынужденно покинувшее страну постоянного проживания вследствие реальной опасности подвергнуться преследованию или насилию и не являющееся-

1. Понятие “беженцы” на территории бывшего СССР имеет свое, несколько отличное от международного, содержание.

Беженцами официально именовались “лица, вынужденно покинувшие места постоянного проживания”.

Беженцы на территории Советского Союза — это, как правило, люди, бежавшие от открытого насилия (а не только из страха возможного преследования), в ожидании или в результате погромов, причем мотивом насильственного выселения являлась не политическая или партийная принадлежность, но лишь этническая. И наконец, беженцы в Советском государстве — парадоксальная в международной практике ситуация — являлись гражданами этого же государства.

ся гражданином государства, в котором он пользуется правом убежища. Вынужденный переселенец — лицо, вынужденно покинувшее по тем же причинам страну постоянного проживания, но являющееся гражданином того государства, к защите которого он прибегнул. Например, вынужденными переселенцами в Российской Федерации признаны этнические русские, проживавшие в бывших республиках СССР и спасающиеся от преследований в этих республиках по признаку национальной принадлежности (Закон РФ о вынужденных переселенцах).**

В статье “Оценка психического здоровья” С. Williams рассматривает психологические и социально-культурные характеристики беженцев, которые мы используем для анализа психологического состояния армянских беженцев из Азербайджана.

Дело в том, что официальная советская пропаганда насаждала в сознание советских граждан иллюзию стирания не только территориальных границ между республиками, но и национально-психологических различий, специфики национальных культур. Между тем, каждая республика имела свои национальные особенности, охраняемые и культивируемые ее коренным населением. Каждая уникальная, в том числе национальная, культура является продуктом коммуникации, приводящей к созданию общих конвенциональных представлений о мире, ценностях, нормах. Поэтому вынужденные переселенцы в своей, по национальному признаку, республике столкнулись с серьезными трудностями культурной адаптации, которые часто усугублялись незнанием языка, также являющимся не только существенной частью культуры, но и инструментом ее создания и функционирования.

Армяне — беженцы из Азербайджана, вследствие исторически обусловленного национального прессинга (отсутствие армянских национальных школ, театра) и русификаторской политики государства, владеют, как правило, только русским языком. Беженец, не знающий фундаментального компонента культуры — языка, чувствует себя изолированным от общественной, политической и культурной жизни, что порождает своеобразный комплекс неполноценности. С другой стороны, незнание беженцами “родного языка” негативно воспринимается коренными жителями, что приводит к взаимной неприязни.

Вследствие всего сказанного, беженцы автоматически

** Различением беженцев и вынужденных переселенцев новые государства пытаются разрешить полученный в наследие политический парадокс.

приобретают статус “меньшинства”, чем усугубляется чувство изолированности и незащищенности.

“Беженцы представляются иностранцами, конкурентами при распределении ресурсов”. Беженцы занимают заводские и студенческие общежития, гостиницы, претендуют на рабочие места и гуманитарную помощь.

Наконец, как показали исследования американских специалистов, беженцы являются группой повышенного риска по психолого-психиатрическим проблемам.

Последнее подтверждается и нашим сравнительным исследованием, проведенным в 1990 году. Результаты его показали, что при равенстве потерь (в результате землетрясения и погромов) и материально-бытовой ситуации на момент обследования состояние беженцев было значительно тяжелее, чем состояние пострадавших от землетрясения: среди беженцев было отмечено в 2 раза больше лиц, нуждающихся в медико-психологической помощи (В. Егоян, 1995).

В Армению переехало население главным образом из индустриальных городов Азербайджана. При переезде в Армению перед беженцами стали три насущные проблемы: жилье, работа, образование детей. Власти республики могли предложить на выбор: или общежитие в г. Ереване, или собственный дом в сельской местности. Но дом в селе однозначно предполагал потерю шансов на трудоустройство по специальности и переход на чуждый городскому жителю с высшим или средним специальным образованием род занятий — сельские работы. Ситуация осложнялась отсутствием в селах русских школ, в то время как дети беженцев армянским языком не владели. С другой стороны, оставшись в городе, беженец, во-первых, был обречен долгие годы жить в общежитии, во-вторых, в силу нехватки рабочих мест, вынужденно отказывался от профессионального труда и переходил на менее квалифицированную работу. Таким образом, вследствие переезда многие беженцы лишились жилья, служебной карьеры, приобретенного профессионального и социального статуса.

Все сказанное убеждает нас в том, что беженцы в Армении (как и в других странах СНГ) представляют одну из наименее социально защищенных групп населения и нуждаются в специально ориентированной государственной социальной политике.

Социальная защита беженцев призвана обеспечить их социальную, экономическую, культурную и психологическую адаптацию.

На сегодняшний день социальная политика, направленная на благоустройство беженцев в Армении (строительство жилых массивов, малых предприятий, открытие новых рабочих мест) по экономическим причинам не реализуется и сводится, по существу, к распределению между беженцами гуманитарной помощи и расселению их по республике. Социальная работа в ее истинном назначении не ведется.

Какие теоретические знания, умения и навыки нужны в области социальной работы с беженцами?

Учитывая особенности социально-психологической ситуации беженцев, мы считаем целесообразным обращение к теориям среднего уровня: кризиса, потери и утраты (в рамках базовой теории социального научения).

С точки зрения теории социального научения, ассимилировавшей идеи и понятия когнитивной психологии и бихевиоризма, человек осознает каждое новое событие или явление, помещая его в контекст сложившейся когнитивной системы ориентации, проверенной реальным опытом. Надежность этой структуры основывается на регулярности, повторяемости событий и на постоянстве их значений.

Исходя из этой предпосылки, Р. Мarris, автор книги “Потеря и изменение”, интерпретирует один из фундаментальных параметров человеческой жизни—изменение. Он рассматривает изменение в контексте извечно присущего человеческому существу “консервативного импульса”, обеспечивающего приспособляемость человека к постоянно меняющейся среде (Р. Мarris, 1993). Приспособляемость, или адаптивность и, в конечном счете, выживаемость зависят от этого глубинного стремления к сохранению преемственности

ти опыта. Жизнеобеспечивающий смысл опыта существования в физическом и социальном мире заключается в обретении человеком способности предсказывать события, поведение окружающих и свое собственное. И как следствие, этот импульс порождает нетерпимость к непонятному, т. е. не поддающемуся объяснению или “вкладыванию” его в матрицу уже познанного, знакомого.

Поэтому в новой, незнакомой ситуации человек чувствует себя дезориентированным и встревоженным, так как не может предсказать последствия происходящих событий и подготовиться к ответному поведению.

И если изменение, по самой своей сути нарушающее привычный порядок вещей, угрожает нам тревожащей непредсказуемостью последствий и ставит под сомнение нашу безопасность, то консерватизм¹, адаптивность обеспечивают нам контроль над действительностью и своим поведением, владение ситуацией и самим собой.

Означает ли все сказанное, что рост, развитие, как прогрессивные формы изменения во всех случаях представляют собой насильственное разрушение интуитивного консерватизма? Здесь мы должны обратиться к взглядам психологов гуманистического направления, таких как А. Maslow, К. Rogers. Они исходили из признания изначально присущего каждому человеку импульса к самораскрытию, самоактуализации. К. Goldstein, создатель термина “самоактуализация”, понимал под ним человеческое стремление к самореализации, тенденцию актуализировать (сделать действительным) все то, что человек представляет собой потенциально. По Maslow, самоактуализация означает верность своей истинной природе. “То, чем человек может быть, он должен

1. В отечественных толковых словарях термин “консервативный” политизирован и носит негативно оценочный характер, он толкуется не иначе, как “реакционный”. “Консервативный — враждебный нововведениям, приверженный всему устаревшему, враждебный прогрессу” (С. Ожегов, Словарь русского языка). Но корень этого слова означает “сохранять в неизменности”. Оксфордский толковый словарь трактует это слово как “противостоящий большим изменениям, избегающий крайностей”.

быть” (Д. Фейдимен, Р. Фрейгер, 1985г.). Наконец К. Rogers, основатель “терапии, центрированной на клиенте”, определяет это свойство, как стремление, свойственное всему живому, стремление расширяться, распространяться, становиться автономным, зрелым” (там же).

Как же взаимодействуют в человеческой жизни эти противоположные тенденции?

Прежде всего, рост как расширение сферы опыта, как “увлекательное путешествие в неизвестное” предполагает, во-первых, постепенность перехода от удовлетворения базовых потребностей элементарного уровня к удовлетворению высших потребностей, одной из которых является самоактуализация. К числу элементарных потребностей, помимо необходимых физических условий существования (тепло, пища), относятся потребности в безопасности, любви и поддержке. Только при условии удовлетворения потребностей всех нижележащих уровней процесс роста не превращается в бесконечную цепь утрат¹, а представляет собой постепенное восхождение к вершинам истинной зрелости.

Но случаются в жизни человека и разрушительные изменения, резко разрывающие преемственность, последовательность жизненного опыта, вызывающие чувство дезориентации в недавно еще знакомом, понятном мире. Это чувство потерянности герой Л. Фейхтвангера выразил словами: “Они (фашисты) уничтожили меру вещей” (Л. Фейхтвангер, 1979). Это и есть изменение как потеря², приводящее к чувству тяжелой утраты, бессмысленности и отчаяния.

Подобная интерпретация изменения как потери перекликается с концепциями психодинамически ориентированных психологов и психиатров, таких как G. Caplan, J. Bowlby, C. Parkes. В их исследованиях глобальные изменения, вызывающие чувство потери, рассматриваются в понятиях кризиса, или поворотного пункта на жизненном пути (“психосоциальный переход”, по С. М. Parkes).

1. Утрата -- чувство обездоленности, лишенности вследствие потери, вызывающее реакцию горя.

2. Потеря -- объективное отсутствие того, что человек имел.

В теории кризиса в качестве рабочего принято определение G. Carlan. “Кризис имеет место, когда человек находится перед лицом препятствия на пути к важным жизненным целям, которое непреодолимо привычными способами решения проблем”. Таким образом, кризис является следствием субъективной оценки индивидом ситуации, требующей от него радикального пересмотра прошлого опыта. С другой стороны, лингвистический анализ указывает на два значения слова “кризис”: 1) “опасность, угрожающая разрушительными последствиями” и 2) “возможность, решающий момент, поворотный пункт к лучшему или худшему”. Т. е. кризис с его мобилизующей энергией может действовать как двойной шанс, в нем заложены возможности как разрушения, так и достижения роста.

Понятие “психосоциальный переход” (ПСП) также означает “крутой поворот в жизни человека под влиянием резкого изменения жизненной ситуации, когда индивид сталкивается с необходимостью пересмотра своих предположений о мире” (С. Parkes, 1988).

Соотнося феномены потери, утраты, горя в контексте понятия психосоциального перехода, он утверждает, что горе представляет один из типов реакций на потерю. Бывают случаи, когда человек понес большую потерю, которая, однако, не стала причиной горя, и наоборот, есть горе, не являющееся следствием потери.

Что такое горе?

Это эмоция, которая притягивает человека к утраченному, к тому, кого или чего недостает. И возникает оно от непримиримого противоречия между миром, который есть и миром, который должен быть, в котором есть те, кого он любит, ценит, от отношений с которыми зависит достижение намеченных им целей. А поскольку внутренний мир каждый раз уникален, то и переживание горя индивидуально и не может быть понято только из объекта потери.

Так, две женщины, потерявшие мужей, находятся в трауре (публичное, общественно-нормированное выражение горя). Но одна в муже потеряла близкого, любимого челове-

ка, советчика, дружескую опору, а другая, в связи со смертью мужа, потеряла социальный статус, власть, доход. И горе они наверняка будут переживать по-разному.

События, которые С. Parkes идентифицирует с психосоциальным переходом, отвечают трем критериям: 1) они требуют радикального пересмотра фундаментальных предположений о мире; 2) они приводят к далеко идущим последствиям в жизни; 3) они происходят в течение относительно короткого отрезка времени, что исключает возможность подготовки к ним. Эти и только эти изменяющие жизнь события относятся к категории психосоциального перехода.

События, представляющие психосоциальный переход, подрывают нашу внутреннюю модель мира, в определении которой Parkes почти слово в слово повторяет P. Marris: "этот предполагаемый мир содержит все то, что мы принимаем за истину на базе предшествующего опыта: эту внутреннюю модель мы постоянно примеряем к новым событиям, чтобы ориентироваться в них, понять, что происходит и соответственно планировать свое поведение" (Parkes, 1988). Так, смерть мужа разрушает множество допущений (предположений), понижая жизнь вдовы с момента пробуждения до отхода ко сну (накрывание стола на одну, а не на две персоны, привычное, но неисполнимое желание посоветоваться, делиться происшедшим за день и т. п.).

Все это объясняет, почему психосоциальный переход так болезнен и требует времени и затрат душевной энергии; вот почему человек чувствует себя потерянным и беззащитным в новом, постоянно обманывающем его ожидания мире. Чтобы снизить растущую тревогу, напряжение, приводящие к дезорганизации поведения, индивид интуитивно прибегает к так называемым защитным механизмам. Одним из них является уход от действительности, обособление от внешнего мира, помогающее избежать осознания противоречий между ним и внутренним. Другим, на первый взгляд противоположным способом реагирования, является чрезмерная активность, которая опять-таки призвана оградить потерпевшего от признания потери, отвлечь от нее. Наконец, третий

защитный механизм представлен полным отрицанием реальности происшедшего.

Все эти механизмы защищают пострадавшего от слишком болезненного признания утраты. Включение этих защитных механизмов дает человеку время, чтобы начать опробование, примеривание к последствиям, которые были вызваны глобальным жизненным изменением.

Рассмотрим в связи с нашей темой еще одно направление исследований: обездоленность в результате утраты родного дома (очага) и культурной среды существования.

Изучение психологических последствий переселения жителей трущоб (в связи с их сносом) проводилось под руководством одного из основателей теории утраты Э. Линдемманна.

Результаты убедительно доказали сходство психологического состояния вынужденно переселенных и людей, потерявших близких.

И в том, и в другом случае комплекс реакций следовало интерпретировать как горе (чувство болезненной потери, беспомощности, непрерывное стремление к воссоединению с потерянным, депрессивный фон настроения и т. д.) вплоть до специфических защитных механизмов (гиперактивность, отрицание) (С. Parkes, 1987).

И наконец, последнее, о чем следует упомянуть, это работа, посвященная воздействию "утраты культурного контекста" вследствие насильственной миграции.

М. Eisenbruch утверждает, что лишение культурного контекста жизни равнозначно экзистенциальной утрате корней и, в конечном счете, нарушению Я-концепции (М. Eisenbruch, 1990). Отмеченные исследователями реакции беженцев, потерявших базовые системы культурных значений, вновь отсылают нас к симптомокомплексу горя.

Исходя из всего сказанного, социальная работа с беженцами особенно необходима в силу кумулятивного повреждающего воздействия на них опыта изгнания и социально-экономического кризиса в обществе переходного периода.

По существу, текущая кризисная ситуация отражается в

сознании беженцев не как неожиданный резкий перелом на фоне предшествовавшего периода относительного социального благополучия (как для коренных жителей республики), но как очередная катастрофа или новый пик в непрерывной цепи бедствий, что в совокупности приводит к формированию чувства беспомощности, безысходности, ощущению себя пассивным объектом воздействия внешних сил (властных структур, человеческой жестокости). Таким образом, настоящая ситуация для беженцев включает четыре компонента:

1. социальная катастрофа в виде насилия и депортации;
2. социально-психологический стресс, вызванный, во-первых, переменой места жительства и потерей привычной социальной микросреды и, во-вторых, изменением культурной и языковой среды;
3. ухудшение жилищно-материальных условий (потеря жилья, имущества, банковских вкладов);
4. социальный кризис в стране.

Представленные теории (кризиса, психосоциального перехода) составляют научную базу для выбора моделей социальной работы, отвечающих проблемам беженцев.

Наиболее подходящими, с нашей точки зрения, моделями являются “вмешательство в кризис” (crisis-intervention), “проблеморешающая” (problem-solving) и психосоциальная.

Рассмотрим характеристики перечисленных подходов для обоснования их пригодности в реабилитационной работе с беженцами.

МОДЕЛЬ “ВМЕШАТЕЛЬСТВО В КРИЗИС” применяется, как следует из ее названия, в работе с людьми, находящимися в остром кризисе. Состояние кризиса развивается поэтапно и включает следующие стадии.

1. **Угрожающее событие**, резко нарушающее стабильность биопсихологической ситуации. Это событие может быть как предполагаемым (возрастные кризисы), так и неожиданным (землетрясение, наводнение). Событие — объективный компонент кризиса.

2. **Состояние уязвимости**, или нарушенное биопсихо-

логическое равновесие, представляет субъективную реакцию индивида на первый “удар” катастрофического изменения (во внешней или внутренней среде) и сразу после него. Здесь наиболее значима индивидуальная оценка угрожающего события. Индивид может переживать угрожающее событие как: а) угрозу базовым потребностям или чувству своей целостности, автономии; б) потерю близкого человека или своих возможностей; в) вызов его развитию, самореализации, наконец, выживанию.

Реакция на каждое из этих индивидуальных значений сопровождается характерным аффектом. Угроза вызывает высокий уровень тревоги; потеря приводит к депрессии и горю; вызов стимулирует одновременно и тревогу (среднего уровня), и положительный эмоциональный компонент — надежду, ожидание, стремление “помериться силами”.

Помимо этих главных составляющих часто примешивается чувство стыда (угроза), вины (потеря), агрессивность (вызов) и даже перцептивная спутанность. В развитии этой стадии также наблюдаются закономерные фазы: 1) сначала, с увеличением напряжения, человек использует привычные средства решения проблемы; 2) если они “не срабатывают”, напряжение продолжает расти и сопровождается чувством неэффективности испытанных способов решения; 3) далее следуют попытки применить новые для индивида приемы и, если они также не приводят к решению или смягчению ситуации, то 4) напряжение достигает пика и приводит к дезорганизации поведения, которая переходит в 5) чувство беспомощности и безнадежности.

На этой стадии любое, даже относительно нейтральное, но совпадающее по времени событие может послужить ускоряющим фактором и перевести уязвимое состояние в активную стадию собственно кризиса.

3. Активное состояние кризиса также имеет определенную динамику развития: 1) психологическая и физическая сумятица, проявляющаяся либо в полной неподвижности (онемение) либо в беспорядочной активности; 2) нарушение

ние интеллектуальных, эмоциональных и телесных функций. Все эти реакции сопровождаются болезненной поглощенностью событием. В состоянии активного кризиса индивид наиболее доступен терапевтическому воздействию, и минимум усилий в этот острый момент может принести максимальный эффект.

4. Стадия восстановления равновесия наступает как только найдена новая форма приспособления. Но, будучи стихийно сложившейся (без профессиональной помощи извне), эта новая форма может быть мало адаптивной, даже деструктивной. В этом случае формируются нездоровые защитные механизмы (отрицание, проекция, интроекция). В поведении появляется враждебность к окружающим, которая, бумерангом возвращаясь к индивиду, порождает неэффективное социальное функционирование.

И наоборот, благоприятное разрешение кризиса порождает взаимно позитивные отношения между индивидом и окружением, что вызывает у него чувство овладения ситуацией, своим поведением.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА, РАБОТАЮЩЕГО С БЕЖЕНЦАМИ: 1) диагностировать, идентифицировать кризисное состояние так таковое; 2) определить, какая сфера жизнедеятельности клиента была повреждена угрожающим событием и в какой степени; 3) оценить функции и потенциальные способности клиента; 4) определить возможности его социального окружения.

ЦЕЛИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КРИЗИС. После определения проблемы лечение может преследовать два уровня целей. Первый уровень заключается в облегчении симптомов и восстановлении уровня докризисного функционирования. Второй ориентирован на более глубинное восстановление личности, разрешение внутренних конфликтов, вызванных кризисом, и, в конечном счете, расширение способностей Эго. Иначе говоря, социальный работник использует кризис как побуждение к личностному росту.

Стиль работы профессионала характеризуется активнос-

тью, директивностью, что оправдывается, с одной стороны, состоянием беспомощности и растерянности клиента в остром кризисе, с другой стороны, компетентностью и доброй волей социального работника. Преимущественный фокус работы — “здесь и сейчас”. Поскольку характерной особенностью поведения человека в состоянии кризиса является неадекватное функционирование и нарушение интеракций, то процесс восстановления включает не только прямую работу социального работника с клиентом, но и непрямую (от имени клиента) в соитуме: с семьей, “значимыми другими” и т. д.

ПРЯМЫЕ ПРОЦЕДУРЫ. В начальной стадии кризиса основная роль принадлежит поддерживающим процедурам для снижения уровня тревоги, напряжения, чувства вины и обеспечения эмоциональной поддержки.

Поддерживающие техники делятся на вербальные (словесные) и невербальные. К первой категории относятся успокоение, утешение, ободрение. Невербальная поддержка заключается в сочувственных движениях, жестах, эмпатическом слушании, поощряющих вентиляцию сдерживаемых эмоций. Вентиляция, или катарсис — основная процедура на ранних стадиях вмешательства в кризис.

По ходу восстановительного процесса, когда уровень тревоги снижается и клиент может оценить ситуацию более объективно, работник переходит к рефлексивным техникам, помогающим клиенту стать лицом к лицу с его чувствами и мыслями о событии, связать текущую ситуацию с прошлыми нерешенными конфликтами. В рефлексивной дискуссии прорабатываются варианты курса действий и последствия того или иного выбора.

Одной из наиболее эффективных методик в модели “вмешательство в кризис” является конфронтация.

Суть конфронтации в том, что социальный работник указывает клиенту на несоответствие между его чувствами, поведением, высказываниями или между вербально и невербально выраженными чувствами (например, улыбка, сопровождающая вербально выраженную угрозу). Технически конф-

ронтацию осуществляют в форме “отзеркаливания” (отражения) чувств клиента через вербальное или невербальное воспроизведение их социальным работником.

ПРОБЛЕМОРЕШАЮЩИЙ ПОДХОД. Основатель проблеморешающей модели социальной работы Н. Н. Perlman (1970) видит его как процесс активизации индивидом преодолевающих способностей его Эго. Действия социального работника направляются на уменьшение неэффективных защит (отрицание, проекция) и высвобождение энергии Эго для использования ее в решении задачи. По существу, проблеморешающий подход представляет собой операционализацию идей эгопсихологии, перевод ее положений в принципы действия.

Второе название проблеморешающего подхода — “4Р”, по числу активных компонентов в процессе социальной работы. Человек (Person), оказавшийся перед Проблемой (Problem), обращается за помощью в определенное Место (Place) — социальную службу и получает эту помощь от социального работника, который вовлекает клиента в Процесс (Process) расширения и роста преодолевающих способностей Эго. Рассмотрим эти компоненты.

Человек, с точки зрения проблеморешающего подхода, — не окончательный продукт прошлого опыта, он постоянно находится в процессе становления. Личность видится незамкнутой системой, открытой для принятия “входных сигналов” и отзывчивой на “обратную связь”. Поэтому социальный работник, работающий в рамках проблеморешающей модели не должен пытаться понять клиента в целом и до конца, его профессиональная установка: человек познаваем только в контексте его ситуации, во взаимодействии с данной физической и социальной средой. Человек всегда больше, чем его личностное расстройство или психосоциальная проблема. Наконец, человек — активный участник процесса, в конечном итоге только он может и должен выбрать и выполнить решение своей проблемы.

Проблема рассматривается как некая актуальная труд-

ность в отношениях “человек-человек” или “человек-задача”, и фокус работы с проблемой в его актуальном социальном функционировании. Поэтому, даже если клиент и представляет проблему как следствие предшествующих событий, но переживает он ее в “сейчас”. Из понимания человека и проблемы вытекает идея партиализации (part — часть) как средоточия усилий социального работника. Т. е. на каждом этапе работы в фокус попадает только часть проблемы, причем сначала для того, чтобы клиент поверил в свои силы, часть наиболее решаемая.

Процесс начинается с идентификации проблемы.

Что представляет собой проблема с точки зрения клиента, в какой области жизни сказывается ее повреждающее влияние, помехой каким целям, потребностям клиента она является? Какие усилия предпринимал клиент для ее решения?

Работа по прояснению проблемы часто выступает для клиента как первое сознательное принятие решения.

Второе направление работы, одновременно являющееся целью процесса, — упражнение функций Эго: обдумывание, рассуждение, осмысливание фактов, их причин и последствий, складывающихся в проблему, а также — оценка фактов применения преодолевающих усилий клиента, усиление его мотивации к дальнейшим достижениям. Третье направление развития процесса нацелено на подготовку реальной активности, проработку всех сомнений, предположений, опасений клиента относительно выбора конкретного курса действий по решению проблемы в физическом и социальном окружении. Указанные направления работы одновременно являются последовательными фазами процесса.

Важнейшим фактором развития процесса между социальным работником и клиентом являются взаимоотношения. “Взаимоотношения — постоянный контекст, в рамках которого происходит процесс решения проблемы, и одновременно, результат совместных усилий по решению проблемы и катализатор увеличения чувства доверия, самооценки и связи с другими людьми” (Н. Perlman, 1970).

Цель социальной работы с индивидом, принятая в проблеморешающем подходе — “помочь человеку в достижении социально-конструктивной удовлетворяющей его жизни” (там же), но достигается она через специфическую цель процесса — помочь человеку эффективно справиться с конкретной стрессогенной ситуацией и научить его делать это в дальнейшем самостоятельно.

Место — это специализированная социальная служба, определяющая возможные средства помощи, социальные ресурсы.

В проблеморешающей модели социальной работы используются те же технические приемы, что и в кризисной, а именно: поддержка, вентиляция, рефлексивная дискуссия по прояснению проблемы, конфронтация, а также поощрение и одобрение адаптивных форм поведения.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ. Система, которой адресован процесс социальной работы, представлена единством “человек-в своей-социальной-ситуации”.

Основная мишень рабочего процесса - адаптивные способности Эго клиента, поскольку научно-теоретическим фундаментом психосоциальной модели является Эго-психология.

Следующий акцент в модели делается на потребности как выражении несогласованности в процессе взаимной адаптации между индивидом и “значимыми другими” или социальными ресурсами. В модели подчеркивается фазность процесса. Основные фазы: начальная (сбор информации о клиенте и его ситуации), заключительная—лечение.

Большое значение придается первой встрече клиента с социальным работником, поскольку “лечение начинается с первого интервью” (по F. Hollis, 1970).

Задачи первого интервью: 1. Понять причины обращения клиента в социальную службу, это начало пути к изучению

проблемы. 2. Установить взаимоотношения с клиентом. 3. Вовлечь клиента в процесс лечения как заинтересованного участника. Со стороны клиента этот процесс обусловлен двумя противоположными силами: мотивацией и сопротивлением. Сначала, когда клиент обращается за помощью, испытываемый им дискомфорт мотивирует его; в то же время очень сильный дискомфорт может вызвать чувство беспомощности, безнадежности, следовательно, слабую мотивацию. Сопротивление - сила, мешающая вовлечению клиента в процесс работы. Уровень сопротивления зависит от природы самой проблемы, от используемых защитных механизмов (при отрицании сопротивление будет высоким), от самооценки личности (низкая самооценка, сопровождающаяся высоким уровнем тревоги, увеличивает сопротивление). 4. Начать процесс лечения: в начальной фазе это означает облегчение состояния дискомфорта, что поощряет работу клиента над осознанием своей социальной ситуации и своей роли в ней. 5. Понять, что клиент считает своей проблемой, что он предполагает предпринять в связи с ней и что он уже пытался делать для ее решения.

Социальный работник пытается проследить истоки проблемы в недалеком прошлом клиента и его социального окружения (культурные факторы, ценности референтной группы, отношения в семье, особенности подросткового периода).

Следующая фаза процесса — постановка диагноза о “клиенте в его ситуации”. Понятие “диагноз” приверженцы психосоциального подхода понимают не как “результат опознания болезни по ее симптомам”, но как “суждение об объекте, полученное в результате научно обоснованного изучения его” (там же).

Такое суждение или оценка является базой для дифференцированного подхода к клиенту, или его индивидуализации.

Цели третьей, решающей, фазы лечения представлены двумя уровнями. Основная цель процесса социальной работы в психосоциальной модели — создать возможность изменения клиента или его ситуации, так как личностные прог-

рессивные изменения в процессе лечения способствуют социальной адаптации. Специфическая цель — облегчение дистресса, уменьшение несовершенного функционирования (или позитивно: увеличение комфорта и облегчение самореализации в социальном функционировании). Эта цель достигается через улучшение коммуникаций, ибо психосоциальная модель придерживается взгляда, что источник неадекватного функционирования клиента в социуме в погрешностях коммуникаций в “проблемных” областях жизни.

Качество взаимоотношения в психосоциальной модели во многом определяет степень помощи клиенту.

Формы работы соцработника с системой “клиент-ситуация” делятся на прямую (индивидуальная работа с клиентом) и непрямую (от имени клиента в его социальном окружении).

Технические процедуры, применяемые в психосоциальной модели, представляют две группы: вербальные и невербальные коммуникации.

Первая группа коммуникаций—поддерживающие, поощряющие мотивацию и позитивные изменения в клиенте через а) невербальное общение—проявление интереса, симпатии, уважения, желания помочь (поза, мимика, жесты) и через б) вербальное — высказывание своего мнения, аттитюдов. Эта двойная поддержка поощряет вентиляцию сдерживаемых эмоций, которая приводит к чувству освобождения и облегчения.

Вторая группа техник — размышляющие, рефлексивные (осознающие) коммуникации, способствующие рефлексии клиента в исследовании им проблемы и привычных, но неадаптивных шаблонов поведения. Если приемы первой группы направлены на снижение тревоги и повышение мотивации, то процедуры второй группы - на увеличение уверенности в себе, на достижение чувства овладения ситуацией и своим поведением, на обретение способности улучшить свою жизнь и уже как результат приводящие к снижению тревоги.

Еще раз подчеркнем релевантность предложенных моделей задаче реабилитации беженцев.

1. Социальная катастрофа, представшая беженцам в виде погромов, насилия, изгнания из родных очагов включала все классические характеристики и стадии развития кризиса.

Советские граждане, будучи убеждены в своей абсолютной социальной защищенности государством, оказались неспособными ни оценить угрозу начинавшихся погромов, ни использовать привычные способы защиты (закон, милиция). В дальнейшем это ощущение угрозы в ситуации реальных погромов переходило в состояние острого кризиса, которое, по рассказам пострадавших и очевидцев, проявлялось в онемении, паническом страхе, беспорядочной активности, приступах неукротимой и неадекватной ярости.

Очевидно, что для беженцев, получавших профессиональную помощь не позднее 6 недель после событий, наиболее эффективной представлялась модель "вмешательство в кризис".

Позднее, уже в Армении, оставшись без жилья, имущества, привычного социального окружения, подчас без близких, беженцы встали перед необходимостью решать насущные жизненные проблемы, усваивать новые социальные роли, налаживать социальные связи - и все это после тяжелых переживаний, иногда после физических травм и увечий. Т. е. в посткризисном периоде, когда главной становится проблема адаптации в новой социальной среде, наиболее пригодными, с нашей точки зрения, являются проблеморешающий или психосоциальный подходы. Но в каждом отдельном случае именно особенности индивидуальной ситуации клиента определяют выбор наиболее подходящей модели.

Относительно выбора подхода в практике социальной работы выработаны общепризнанные рациональные основания (V. Coulshed, 1993). Выбранный подход должен:

- *соответствовать целям, совместно принятым социальным работником и клиентом;*
- *отвечать потребностям и нуждам клиента;*
- *быть наиболее эффективным в данных обстоятельствах;*

вах (в зависимости от проблемы);

- *быть осуществимым с точки зрения имеющихся временных и социальных ресурсов;*

- *учитывать влияние других систем в социальной сети.*

По вопросу выбора подхода в социальной работе с беженцами следует упомянуть об общинной форме социальной работы. По определению Twelvetrees, “общинная социальная работа - это процесс содействия обывателям в улучшении своих общин, через коллективное действие...” “Особым предметом ее заботы являются потребности уязвимых и угнетенных, будь то бедность или дискриминация на основе расы, класса, религии и т. д. (по М. Мауо, 1994).

Термин “община” определяется социологами или по признаку совместного проживания в общем географическом ареале, или по принципу общих интересов (этническое происхождение, обучение детей в специальных школах и т. п.).

Беженцы, очевидно, имеют общие проблемы и потребности и к тому же часто живут в одном районе (общежития, жилые массивы). Поэтому индивидуальную социальную работу с беженцами целесообразно дополнять приемлемыми формами общинной работы.

Рассмотрим конкретный случай социальной работы с беженкой.

Н. Б., 60 лет, депортированная из Баку (Азербайджан) во время погромов января 1990 г., поселилась в пустовавшем подвале жилого дома. Подвальное помещение было сырым, без каких бы то ни было удобств (вода, отопление) и к тому же заполнено крысами. Работники Государственного управления по вопросам беженцев Республики Армения не могли уговорить пожилую женщину переселиться в просторную удобную комнату общежития для одиноких престарелых.

Социальная работа с беженкой началась с идентификации ее основной проблемы и, прежде всего, выяснения обстоятельств ее жизни, включая последние катастрофические события.

Н. Б. родилась и прожила в Баку сначала с родителями, а после их смерти со своей незамужней сестрой. В начале 20-х годов ее родители бежали из Нагорного Карабаха в связи с массовыми погромами. В Баку она окончила среднюю школу и политехнический институт, в котором после окончания работала преподавателем. За несколько лет до катастрофических событий ушла на пенсию и жила с сестрой (муж умер за два года до ее ухода на пенсию, детей у супругов не было). Сестры жили дружно, имели ограниченный круг родственников и знакомых, с которыми виделись редко (по праздникам, дням рождения). В 1988 г. сестра умерла. Угрожающее развитие событий, начиная с 1989 г., сначала ее не пугало, но к концу того же года ситуация стала ухудшаться. Намеки соседей, оскорбления на улице она переживала с чувством обиды и недоумения и одновременно с убежденностью, что «власти не допустят в Баку повторения Сумгайта». В декабре 1989 г., по мере усиления террора, стала думать о переезде, но все не могла решиться, потому что ни в одной республике бывшего Союза не имела близких родственников, а дальним не хотела становиться обузой: «меня нигде не ждали». На пике событий в январе 1990 г. к ней в квартиру ворвались вооруженные ломачи мужчины и среди них женщина, в которой она узнала соседку по дому. Бандиты стали избивать Н. Б., а соседка в это время сдирала с окон занавески, со стены — ковер и увязывала в узлы вещи хозяйки.

Вечером, под конвоем советских солдат, пострадавшую вместе с несколькими армянскими семьями перевезли в морской порт и посадили на паром. На пароме Н. Б. пряталась под тюками и узлами, так как боялась, что ее выбросят за борт, как выбросили нескольких молодых мужчин на ее глазах.

Попав из Туркмении в Ереван, сначала лежала в больнице, а потом, по совету соседки по палате, заняла свободный подвал. На уговоры работников Госуправления по вопросам беженцев переселиться в удобное светлое общежитие ответила отказом и при этом остервенело кричала: «Варвары, теперь вы разрушаете мой дом».

Анализ ситуации, как ее видела потерпевшая, показал, что устрашающие события в Баку Н. Б. переживала в большей степени как угрозу своей автономии, своим правам гражданки, наконец, как унижение своего человеческого достоинства. Это вызвало состояние тревоги, а затем страха.

Путешествие на пароме сопровождалось паническим чувством страха, с онемением, подчас дереализацией ("иногда я не понимала, где я нахожусь и, опомнившись, боялась, что в таком состоянии вылезу из укрытия и меня найдут и утопят"). Временами отмечалось подавляемое чувство агрессии против насильников и одновременно сознание своего бессилия.

В г. Ереване в больнице стали появляться чувства безнадежности, бессмысленности прожитой жизни и безысходности.

Усилились раздражительность, нетерпимость к окружающим, излишняя требовательность к ним, а также чувство одиночества и ненужности. Переселение в подвал не только не способствовало улучшению состояния, но и окончательно изолировало ее от окружающих. Она страдала от одиночества, по ночам ее мучили кошмарные сновидения. Свой отказ поселиться в общежитии она мотивировала так: "Неужели за свою трудовую жизнь я заслужила только богадельню?"

Какими соображениями руководствовался социальный работник при выборе модели работы?

Социальная катастрофа, жертвой которой стала клиентка, породила кризис во всех его проявлениях и динамике. Но поскольку к моменту встречи Н. Б. с социальным работником после событий прошло 4 месяца, время для кризисного подхода было упущено (6 недель после события — по G. Caplan). Необходимо было выбрать из двух наиболее пригодных моделей: проблеморешающей и психосоциальной.

Сравнение теоретических и методологических характеристик проблеморешающего и психосоциального подходов привело к выбору проблеморешающего, предполагающего большую активность самого клиента в решении своих проб-

лем. По общему убеждению, в психосоциальной модели “роль клиента достаточно пассивна, это почти роль пациента” (V. Coulshed, 1993), что с точки зрения социального работника могло замедлить процесс восстановления личностной самодетерминации и социальной адаптации.

Применяя положения проблеморешающего подхода, социальный работник начал с установления отношения с клиенткой и идентификации проблемы*.

Следует отметить, что успешности установления теплых доверительных отношений между соцработником и клиенткой способствовал общий социокультурный фон (оба - бывшие жители Баку), но эта общность создавала и специфические трудности в работе (см. ниже).

Процесс идентификации проблемы осуществлялся, исходя из понимания клиенткой своих трудностей и причин дискомфорта.

Что было фрустрировано и повреждено социальной катастрофой в личностной системе, что привело к неадекватному социальному функционированию? На фоне эмоционально поддерживающих процедур эмпатическое проникновение в душевный мир женщины помогло уяснить, что депортация вызвала чувство зависимости от неуправляемой и ненаказуемой стихии зла, ощущение себя пассивной жертвой, сознание своей неспособности управлять настоящим и планировать будущее: “Я всю жизнь рассчитывала только на себя, а теперь я завишу от других”. Анализ проблемы показал, что главным является ущерб, нанесенный чувству самоуважения, социального престижа в результате унижения, испытанного во время погромов и депортации. Неспособность применить на новом месте свой профессиональный и житейский опыт усугубляла чувство уязвленного самолюбия и достоинства. Вентилиция чувств привела к осознанию этого ядерного комплекса и его связи с семейной историей (изгнание семей родителей из Нагорного Карабаха в 20-е годы) и особенностями личности клиентки.

* Проблема — это то, что приносит чувство дискомфорта, неудовлетворенности в текущей жизненной ситуации (даже если источник проблемы в прошлом).

Принцип партиализации, принятый в проблеморешающей модели, управлял действиями социального работника в процессе анализа проблемы.

Сосредотачивая усилия поэтапно на определенной части проблемы, соцработник способствовал упорядочению мыслей и чувств клиентки.

С другой стороны, последовательно решая каждую из выделенных частей проблемы, клиентка приобретала чувство уверенности в своих способностях овладеть ситуацией.

Проблема, идентифицированная социальным работником и признанная больной — трудности в общении и взаимопонимании с другими людьми, чувство бессилия при столкновении с любой жизненной задачей, связанной с общением как межличностным, так и ролевым. Были определены и цели работы: конечная (восстановление чувства автономии и контроля над своей жизнью) и специфическая (улучшение социального функционирования).

Социальный работник вместе с пострадавшей разделили общую проблему неэффективного социального функционирования на части: 1) официальные отношения, взаимодействия с представителями государственных служб (медицинский персонал, работники Госуправления) и 2) межличностные отношения (соседки по палате, земляки-беженцы).

Важным компонентом процесса работы являлась оценка клиентки как личности. Придерживаясь того же принципа партиализации, соцработник не пытался заходить в свое исследование в далекое прошлое Н. Б. и концентрировал свой анализ на текущей ситуации, которая, являясь актуальным контекстом жизнедеятельности, достаточно точно характеризовала личность клиентки. Какой представляется клиентка внутри ее социальной системы, какие способы решения своей проблемной ситуации она использовала, но безуспешно, какие ее способности можно активизировать для решения проблемы?

Мы видим клиентку как человека с изначально присущими ей проблеморешающими способностями. Это, которые были повреждены социальной катастрофой. Одновременно

катастрофа актуализировала ее личностные особенности, затрудняющие процесс реабилитации.

Используя технику конфронтации, удалось представить клиентке ее собственный вклад в проблему: ригидность установок, неотреагированная агрессия, самообвинения в своей доверчивости и политической близорукости (в связи с поддержкой в Азербайджане вплоть до начала погромов), наконец, неадекватность самооценки (завышенная до событий и заниженная после прибытия в г. Ереван).

С опорой на высокий интеллект Н. Б., критичность мышления успешно велась работа по выявлению неэффективных механизмов защиты: отрицание, проекция, реактивные образования.

В ходе работы техниками осознания в “здесь и сейчас” отражения чувств и невербального поведения, а также рефлексивной дискуссии выстроена согласованная с клиенткой картина дистресса, в котором помимо катастрофических событий участвовали и ее личные обстоятельства и особенности. В результате она смогла переосмыслить случившееся в ретроспективе всей своей жизни.

Последний этап терапии заключался в обсуждении возможных путей новой жизни, общения и деятельности, проработке вариантов выбора и их последствий. В процессе этого этапа попутно успешно решалась проблема межличностного общения. Н. Б. сблизилась с соседками по палате, стала более общительной и с другими больными и, прощаясь с одной из них, даже прослезилась.

Вновь пробудилась мотивация к достижению, уважению окружающих, что было свойственно Н. Б. до трагических событий: “Я не так стара, чтобы не суметь быть нужной людям”.

В процессе работы решалась также проблема ролевых интеракций с представителями государственных служб. Устранение неадекватных защитных механизмов через вентиляцию (катарсис) привело к тому, что клиентка с ярко выраженным чувством стыда приняла ответственность за наличие “вторичной выгоды” своего “скандального” поведения

при встрече с сотрудниками Госуправления. В результате заметно улучшились отношения с медперсоналом центра. Затем, получив отпуск, клиентка успешно справилась с переоформлением своих документов в службе Госуправления, что отметила с особым удовлетворением: “Они меня совершенно не раздражали, все было так внимательны и даже любезны”.

Клиентка согласилась переселиться в общежитие и организовать там математический кружок для детей, живущих по соседству, она также решила вступить в общество, объединяющее русскоязычное население города. По ее замыслу, это должно было обеспечить ей более активную социальную жизнь и досуг.

Следует добавить, что немаловажную роль сыграла непрямая работа от имени клиентки, вылившаяся в определенную форму общинной работы.

Правильно расценив информацию социального работника о состоянии беженки (и других престарелых беженцев), работники Госуправления добились смены вывески на общежитии. “Дом престарелых” стал именоваться “Дом ветеранов войны и труда”, жить в котором означает не милость никому не нужным старикам, но долг чести, отданный ветеранам государством, которому они служили верой и правдой.

В работе с беженцами, как отмечалось, очень важным фактором являются различия культурного фона работника и беженца. Рассмотрим два случая работы с беженцами.

1. Социальный работник — сам беженец или переселенец из той же страны, которую покинул клиент.

2. Социальный работник — коренной житель страны нового поселения беженца.

1. С одной стороны, имеет место общий культурный фон, общие воспоминания, общие знакомые, даже возможно, общий опыт изгнания. Отсюда большая вероятность взаимопонимания. С другой стороны, общность опыта может привести к неконтролируемому социальным работником погружению в мир переживаний клиента без соблюдения необхо-

димой для успешной работы дистанции. Наконец, положение самого социального работника в социуме, незнание им традиционной культуры порождает также общность текущего опыта, что еще более увеличивает риск слияния с клиентом.

2. Не менее сложной представляется ситуация, когда социальный работник - коренной житель. В этом случае существует возможность, во-первых, недооценки эмоциональной поглощенности беженца трудностями общения при незнании национального языка и культуры; во-вторых, осуждающих аттитюдов, вынесенных соопработником из общего культурного контекста, и нарушающих безусловное эмпатическое принятие клиента.

В обоих случаях культурный фактор может служить основой для контртрансферта социального работника. Эти соображения требуют от социального работника повышенного внимания в работе с беженцами, постоянного самоанализа в оценке своих позиций, мнений, своего невербального поведения. Наконец, социальный работник должен быть искренним с самим собой, конгруэнтным и всегда готовым принять ответственность за свои трудности в работе с беженцами, чтобы или прибегнуть к супервизированию, или отказаться от работы с клиентом-беженцем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конвенция и протокол, касающиеся статуса беженцев. Организация Объединенных Наций. Женева 1968.
2. Закон Российской Федерации о вынужденных переселенцах. М., 1993.
3. C. Williams. Mental Health Assessment of Refugees in: Special Assessment and Intervention Techniques, 1990.
4. T. Shibutany, Kiam M. Kwan, R. Billingsmeyer. Ethnic Stratification. A comparative approach, 1965.
5. В. Егоян. "Личностный смысл катастрофы (землетрясения) как фа-

ктор преодоления стресса". Труды Института психического здоровья и реабилитации. Ереван, 1995.

6. P. Marris. Loss and Change. Hong Kong, 1993.

7. Дж. Фейдимен, Р. Фрейгер. Личность и личностный рост. М. , 1985.

8. A. Maslow. Motivation and Personality. London, 1970.

9. Л. Фейхтвангер. Семья Отперман. М., 1979.

10. L. Rapoport. Crisis Intervention as a Model of Brief Treatment in: R. Roberts and R. Nee. Theories of Social Casework Chicago, London, 1970

11. C. Parkes. Bereavement as a Psychosocial Transition. Processes of Adaptation to Change. Journal of Social Issues, Vol,44, N 3, 1988.

12. C. Parkes. Bereavement. London, 1987.

13. M. Eisenbruch. The Cultural Bereavement Interview: A New Clinical research Approach for Refugees, Psychiatric Clinics of North America, Vol.13, N 4, 1990.

14. N. Golan. Treatment in Crisis Situations. N. Y. 1978.

15. H. Perlman. The Problem-solving Model in Social Casework in: Theories of Social Casework. Chicago, London, 1970.

16. F. Hollis. The Psychosocial Approach to the Practice of Casework, там же.

17. V. Coulshed. Social Work Practice. Hong Kong, 1993.

18. M. Mayo. Community Work, in: Practising Social Work. London, New York, 1994. (Edt by Ch. Hanvey, T. Philot)

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ИНВАЛИДАМИ

При всем многообразии форм проявления, инвалидность можно определить как утрату человеком части своих физических или умственных способностей. Инвалидность может быть врожденной и приобретенной. Последняя возникает в результате несчастных случаев, по причине болезни, травм, бытовых и приобретенных, полученных на военной службе, можно выделить также и так называемую профессиональную инвалидность, которая связана с работой в опасных и вредных условиях.

Тотальная инвалидность встречается редко, ибо врожденное или приобретенное увечье воздействует только на некоторые, но далеко не все возможности человека. Человек с физическими или умственными недостатками имеет свои слабые и сильные стороны: незрячий может хорошо ориентироваться в пространстве, глухонемой - писать стихи, а умственно отсталый - играть в футбол.

Критический обзор определений инвалидности свидетельствует о весьма серьезных различиях в подходах и интерпретации этого явления.

В источниках советского периода давалось следующее определение: «инвалидность - длительная и постоянная, полная или частичная потеря трудоспособности в результате болезни, травмы или дефектов развития».

Выделялись 3 группы:

-первая группа инвалидности для людей с полной, постоянной или длительной потерей трудоспособности, нуждающихся в постоянном уходе;

-вторая группа инвалидности для людей с полной или длительной потерей трудоспособности, не нуждающихся в постоянной посторонней помощи, а также для тех, кому на длительный период противопоказаны все виды труда из-за возможного ухудшения течения заболевания;

-третья группа инвалидности при необходимости перевода человека по состоянию здоровья на другую, менее тяжелую работу из-за невозможности продолжать работу по прежней профессии.

Эта классификация инвалидности, действующая ныне в новых независимых государствах, образовавшихся в результате распада СССР, не выдерживает критики прежде всего потому, что она базируется лишь на одном критерии - потере трудоспособности. Очевидно, что инвалидность может быть связана с потерей не только трудоспособности, но порой и социальных, экономических, интеллектуальных возможностей.

Автор книги «Психология инвалидности» Розмари Шекспир определяет явление, называемое нами инвалидностью, как неадекватное поведенческое развитие или ограничение ареала деятельности человека, акцентируя степень воздействия физического увечья на его поведение. (R. Shakespeare, 1975)

Эти два определения выявляют различные аспекты проблемы инвалидности: первый, связанный с трудом, второй — с деятельностью человека, физическим или умственным недостатком.

Проблема инвалидности имеет также объективно выраженный личностный аспект. Говоря о личностном аспекте данной проблемы, мы имеем в виду, что два человека с одним и тем же физическим недостатком могут жить по-разному: один - жить нормальной жизнью, работать, иметь круг друзей, другой - вести замкнутый образ жизни, общаться то-

лько с членами семьи. Эти отличия в целом обусловлены силой и типом личности человека с физическими или умственными недостатками. Немаловажен и групповой аспект рассматриваемой проблемы, ибо инвалиду труднее удовлетворять ожидания своего микроокружения. Как правило, взаимоотношения группа-инвалид весьма усложнены. Зачастую именно группа, от которой зависит ограниченный в своих возможностях инвалид еще более ограничивает пределы его возможностей и свободы.

Следующий аспект проблемы инвалида — это взаимоотношения инвалида с обществом, принятие или неприятие норм и ценностей общества. И можно сказать, что относительно полноценное развитие и функционирование человека с физическими или умственными недостатками зависит от того, каковы взаимоотношения инвалида с обществом, с социальными институтами и службами, созданными для него обществом, как он взаимодействует с организациями, готовыми оказать профессиональную помощь ему и членам его семьи, как оцениваются обществом достижения человека, насколько оно терпимо относится к людям с физическим или умственным недостатком. *

Прежде чем перейти к анализу поведенческих особенностей инвалидов, рассмотрим их общие трудности и пробле-

* Исторический экскурс свидетельствует об эволюции отношения общества к людям, которые по какой-либо причине были ограничены в своих физических или умственных возможностях. В древности людей с физическими увечьями рассматривали как жертв божьей кары за грехи, совершенные в прошлой жизни, или за грехи их родителей. В IV - I веках до н. э. в Коринах семьи, имеющие инвалидов, лишались права владения землей, что обрекало их либо на голодную смерть, либо на изнурительное рабство. Мысль о частичном излечении и восстановлении функций человеческого организма очень долго преследовалась со стороны церкви, поскольку возможность такого воздействия приписывалась только богу. Достаточно давал себя знать и негативный подход к явлению инвалидности в современном мире. Так, И. Гоффман в своей весьма оригинальной теории стигмы, подразделяя все общество на две части — «нормальных» и «стигматизированных», в группу последних включает людей с физической стигмой, т. е. слепых, хромых, людей с иными физическими и умственными недостатками.

мы. Одна из основных проблем инвалидов — это проблема маргинальности и самоидентификации инвалида, а именно: с какой группой идентифицирует себя инвалид и считает ли он себя частью “мира нормальных” или же “мира неполноценных”. Жизнь показывает, что значительная часть инвалидов старается по мере возможностей скрывать свои недостатки, чтобы предстать в глазах окружающих частью мира нормальных людей (эпилептик скрывает свою болезнь, человек с плохим слухом делает вид, что слышит, даже если это не так). В этом случае, если инвалид не в состоянии выдержать прессинг подобного притворства, он становится замкнутой личностью, изолируя себя от других.

У части инвалидов существуют проблемы интимного характера. В жизни инвалидов немаловажное место занимают трудности, связанные с процессами коммуникации. Довольно распространен случай, когда круг общения инвалида сужается до минимума в связи с его личными предрассудками и предубеждениями об отношении к нему окружающих, но чаще в силу объективных препятствий к общению (слепота, слабый слух и немота.).

Другой проблемой для инвалидов можно считать проблему адаптации и ориентирования в обществе. Для ее разрешения инвалиду необходимы:

-осознание реальности, позволяющее избежать возможных амбиций, которые по всей вероятности обречены на провал;

-адекватные межличностные взаимоотношения, позволяющие избежать одиночества или отвергнутости людьми, с которыми инвалид вступает в процессы коммуникации;

-эмоциональная уравновешенность, которая гасит вспышки гнева, агрессии, чувство отверженности, так часто возникающие у этой категории людей;

-решение проблемы занятости — наиболее важное условие социальной адаптации; факт возвращения людей с приобретенной инвалидностью после госпитализации на старое

место работы помогает им легче перенести свое увечье, люди же, которые остаются вне среды, вне какой-либо деятельности, считают свою жизнь бесцельной, асоциальной и труднее переносят невзгоды, связанные со своей ущербностью.

Упорядочение взаимоотношений в системе “инвалид — не инвалид”, исследования в этой области показывают, что инвалид в процессе общения с нормальными людьми ощущает себя особенно неполноценным в силу сверхопеки и сочувствия, демонстрируемых по отношению к нему полноценными людьми, последние же, в свою очередь, ощущают напряженность в присутствии инвалидов, так как боятся допустить бестактность или обидеть собеседника.

Таковы некоторые, обнаруживаемые невооруженным глазом, условия более успешной ориентации инвалида в обществе. Изложение трудностей и проблем, встающих перед человеком с физическим или умственным недостатком, можно продолжить, но ограничимся этим и попробуем понять, как формируется «Я-концепция» у людей с различными недостатками. Для этого обратимся к примерам врожденной и приобретенной инвалидности.

ВРОЖДЕННАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ

Процесс познания самого себя начинается с рождения человека. Некоторые теоретики, придерживающиеся концепции Ч. Кули «Я - отражение в зеркале», утверждают, что процесс самоидентификации конкретной личности непосредственно связан с мнением окружающих людей. «Я» — это то, что обо мне думают значимые для меня личности». Применение этой теории в контексте врожденной инвалидности заставляет профессионалов держать в центре внимания близкое окружение инвалида.

Редко когда в семье ожидают рождения ребенка-инвалида. Подобный факт вызывает неоднозначную реакцию роди-

телей, включающую депрессию, шок, фрустрацию, гнев, чувство вины, критику медицинского персонала, порой желание смерти ребенка, потерю уверенности в себе, обусловленную невозможностью иметь нормальное потомство и т. д. Такого рода чувства характерны для стадии обнаружения факта инвалидности новорожденного и смирения с этим фактом. Далее следует стадия принятия решения в отношении дальнейшей судьбы ребенка. Возможны случаи отказа от неполноценного ребенка, что, естественно, усугубит трудности его положения.

Сверхзащита ребенка-инвалида — другая сторона проблемы отношения к подобным детям, которая может негативно сказаться на становлении личности ребенка-инвалида. Она воздействует на его личную независимость, усложняет процесс тренировки навыков самообучения и ухода за собой.

Многое решается поведением родителей в отношении к ребенку-инвалиду, который может испытывать чувство семейной теплоты, защищенности от опасности, равенства с остальными членами семьи и, наоборот, отвергнутости, сверхопеки, жалости и сочувствия. Все это может оказать свое воздействие на становление и формирование личности инвалида.

Что касается непосредственного процесса социализации, то возможно, что у инвалида этот процесс будет замедлен и неадекватен.

Инвалиды с врожденными физическими или умственными пороками не сразу осознают и оценивают свою ситуацию. Трудно сказать, когда наступает момент осознания своей инвалидности. Исследования в этой области показывают, что ребенок-инвалид в дошкольном возрасте, не имея широкого круга общения, не испытывает сильного воздействия своей инвалидности и всерьез сталкивается со своей проблемой лишь в школе, особенно, если он попадает не в специализированное учреждение. Этот период может стать критическим для него с точки зрения осознания своей ситуации и реального самопознания. В дальнейшем инвалидность еще не раз даст о себе знать. Желание покинуть отчий

дом и жить самостоятельно, приобрести ту или иную профессию, найти интересное дело, обзавестись семьей — все это каждый раз заставит задуматься относительно своей принадлежности к миру нормальных или физически и умственно неполноценных людей.

Младенец, родившийся с некоторыми физическими пороками, еще не осознает своего положения и ему еще предстоит пройти путь постепенного познания своих недостатков и преимуществ, слабых и сильных сторон. Что касается родителей и остальных членов семьи, то факт рождения дочери или сына-инвалида дает начало кризисной ситуации, которая может разрушить все экспектации этих людей. Поэтому вместе с рождением ребенка-инвалида в эту семью должен войти социальный работник, способный оказать профессиональную помощь с тем, чтобы семья смогла справиться с дополнительными проблемами. В отличие от других, семья инвалида нуждается в квартире с соответствующим оборудованием. Требуется особый уход за ребенком-инвалидом, дополнительные условия по поддержанию благоприятного микроклимата в семье. Так, например, сестры и братья инвалида могут чувствовать себя заброшенными из-за сконцентрированности внимания родителей на ребенке-инвалиде или же ощущать прессинг родителей, желающих видеть полноценных детей особо удачливыми, для снятия тем самым своей «вины» за рождение ребенка-инвалида. Инвалидность ребенка может мешать взаимоотношению супругов, а если семья многопоколенна, то и взаимоотношениям представителей поколений.

Братья и сестры инвалида могут испытывать чувство стыда за неполноценного члена семьи и поэтому ограничить круг своих друзей, что формирует проблемную ситуацию уже другого характера. Перечень проблем, возникающих в семье в связи с наличием инвалидности у ребенка, бесконечен. И социальный работник, помогая разрешать эти проблемы, тем самым создает основу для благоприятной социализации ребенка-инвалида, для сохранения семьи, нормализации семейных взаимоотношений и микроклимата.

На первоначальной стадии работы в семье инвалида социальный работник может выполнять роли слушателя, информатора, друга, тренера, терапевта и адвоката. Исполнение данных ролей позволяет переходить от косвенного к прямому, от неформального к формальному, от менее интенсивного к более интенсивному процессу общения с ребенком. Столь широкий контекст роли социального работника позволяет адекватизировать его деятельность быстро изменяющимся потребностям семьи ребенка-инвалида и его самого. Вместе с тем он предъявляет серьезные требования к исполнителю этих ролей. Так, выполнение роли слушателя обязывает социального работника создать в семье климат открытости, надежности и доверия, легитимизировать чувства и через активное слушание начать обсуждение целей и потребностей семьи, ее членов, ребенка-инвалида.

Как информатор социальный работник должен собрать информацию об инвалидности ребенка, сведения о доступных ресурсах, знать, на какие виды служб могут рассчитывать родители.

В процессе длительного общения социального работника с семьей возникает роль друга-облегчителя. В этой роли социальный работник может поднимать ряд специфических проблем, идентифицировать их позитивные и негативные стороны, помочь родителям проявлять систематический подход к решению этих проблем, выдвигать альтернативный ряд решений, указывать на следствия и т. д.

Роль тренера обычно возникает в групповой работе с супружескими парами. Социальный работник вводит родителей в теорию и практику детского развития, регуляции поведения, развития коммуникационных навыков, стрессового менеджмента, помогает родителям понять и разделить переживаемые ребенком чувства, указывает пути преодоления социальных барьеров. Процесс тренировки включает в себя моделирование и проигрывание ролей, оценку возможных результатов.

Как адвокат социальный работник дает советы относительно законных прав родителей ребенка и помогает реализо-

вызвать эти права, вести переговоры с соответствующими инстанциями, зачастую лично сопровождает родителей во время различных встреч (Hewett, 1970).

Уровень развития и социальные достижения инвалида (и) многом зависят от степени эффективности помощи, оказываемой социальным работником.

ПРИБРЕТЕННАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ

Было бы неверно утверждать, что с точки зрения социальной работы приобретенная инвалидность резко отличается от врожденной. Состояние инвалидности, потеря или ограничение части возможностей человека порождают проблемы общего характера: наличия соответствующего жилья, социальной адаптации, благоприятного микроокружения, полноценного социального обеспечения. Но есть и разница, проистекающая из того, что физически полноценного человека, имеющего свои ценности и установки, свое определенное место в жизни, вдруг настигает несчастье: потеря части своих психических и физических возможностей. В критическом состоянии оказывается не только его семья, но и он сам.

Проблемы, возникающие при приобретенной инвалидности, можно условно подразделить на физические, психологические, социальные, связанные с неизбежными изменениями статусов и ролей в семье, на работе, в микроокружении.

Все это может спровоцировать угнетающее чувство собственной неполноценности, зависимости от окружающих, попытку самоубийства, связанную с потерей смысла жизни. Возможна и другая крайность: переоценка позитивных возможностей, попытка играть в том же объеме семейную и социальные роли, высокие требования и претензии к медицинскому персоналу и социальным службам.

В процессе адаптации к сложившемуся положению можно выделить две стадии: **острострессовую и стадию осознания**

своего нового состояния. Причем обе эти стадии переживаются как самим инвалидом, так и его микроокружением. Поэтому процесс профессиональной социальной работы на обеих стадиях должен быть направлен как на самого инвалида, так и на его семью, круг друзей и значимых лиц. Из числа общих рекомендаций можно отметить то, что социальный работник должен поддержать веру в выздоровление при нетяжелых травмах, помочь семье и личности осознать факт нереальности выздоровления при необратимых повреждениях, помочь инвалиду и семье направить ресурсы на социальную адаптацию инвалида, на его переориентацию и переквалификацию. Социальный работник должен достичь возможно большего контакта с самим инвалидом и его семьей, чтобы суметь выполнить свою профессиональную функцию.

На острострессовой стадии для снятия трудностей правомерно использование метода «интервенции в кризис», суть которого заключается в максимально быстром предоставлении помощи как психологической, так и организационной. На второй стадии, когда достигается осознание и принятие факта инвалидности, целесообразно использование задаче-решающего метода как довольно эффективного стимулятора целенаправленного достижения уровня относительно полноценного функционирования. Покажем это на анализе случаев социальной работы с приобретенной инвалидностью.

1. У Э., мужчины 35 лет, стал развиваться процесс костного туберкулеза, и вскоре возникла необходимость ампутации сначала одной, а затем и другой ноги. Инвалид находился в крайне тяжелом физическом и моральном состоянии, пытался покончить жизнь самоубийством, не желал ни с кем общаться, даже с членами своей семьи.

По теории, подобная ситуация предполагает использование метода интервенции в кризис, а также когнитивные и бихевиористические методы, но перед этим социальному работнику необходимо понять те структурные элементы, которые определяют критическое состояние клиента. В данном случае таковыми являлись:

- *стрессовое событие (факт инвалидности);*
- *восприятие события как угрозу жизни, страх потери работы, трудности в семейной и интимной жизни;*
- *реакция инвалида, которая характеризуется как состояние неуравновешенной психики (попытка суицида), на негативное рассмотрение, в данном случае инвалидом, самого себя;*
- *отрицательное самовосприятие (Я - жалкое существо);*
- *отрицательная трактовка сложившейся ситуации (ничего невозможно изменить);*
- *пессимистичная установка на будущее (Что меня ждет? Кому я нужен? Что я могу делать?)*

Из имеющихся методов в данном случае правильно использовать когнитивную терапию Бекка, которая основывается на вышеприведенной познавательной триаде и стремлении погасить отрицательные мысли инвалида, найти стимулы для жизни и адаптации. Следуя когнитивной терапии Бекка, социальный работник говорит, например: «Вы не смеете накладывать на себя руки! Да, сейчас ваши возможности ограничены. Но задумайтесь. Вас любят дети, вы им нужны, никто не может им заменить отца. Они окажутся еще более несчастными, если вас не станет. У вас есть друзья, которые готовы вам помочь. Вы еще можете перекалцифицироваться и т. д.». Этим самым социальный работник пытается возродить стимул к жизни и реадаптации.

Когда стимул найден, можно переходить к следующей стадии задачерешающей модели — разработке и принятию. На этой стадии социальный работник выступает уже не в роли терапевта, а посредника между клиентом и окружающим его миром, примерная схема которого дана ниже.

2. Другой случай касается И., девочки 14 лет, которая в 1988 г. находилась в Спитаке. После землетрясения девочку достали из-под обломков школы, в которой она находилась во время катастрофы. Никто не верил, что девочка выживет.

Диагноз был суров - повреждение позвоночника. И. была прооперирована в США, а затем перевезена в спинальный реабилитационный центр. С самого начала у девочки было горячее желание встать на ноги. Жизнь на коляске не прельщала ее. Она даже пыталась встать, что пугало ее семью, окружившую ее теплотой и вниманием. В ней была ключом любовь к жизни. Несмотря на множество проблем, она стремилась решать их самостоятельно, преодолевая трудности.

Фактически стадия острого кризиса, для которого характерны шок, депрессия, негативные чувства, была скоротечна и быстро преодолена благодаря типу ее характера и горячему желанию встать на ноги. Роль социального работника в данном случае была пассивной, она заключалась лишь в косвенной помощи. Задачерешающий процесс только стимулировался социальным работником, так как девочка самостоятельно ставила перед собой проблемы и пыталась разрешить их. Социальный работник осуществлял в данном конкретном случае лишь организационную функцию. Так, заметив интерес девочки к спорту, он обратился в спортивный клуб инвалидов, включивший девочку в свой состав. И., прикованная к инвалидной коляске, стала заниматься несколькими видами спорта. Она сама себя заставила выполнять работу, которую она нашла с помощью социального работника и которая помогла ей больше общаться с людьми, быть полезной для них.

Теоретический разбор случая подсказал, что социальный работник столкнулся с жизнерадостной, активной личностью, не теряющей надежды на восстановление. В подобных случаях острый и спокойный этапы инвалид переносит за счет своей внутренней силы. Факт, что ей предстоит жить инвалидом, хотя это было чуждо ей, принимался в течение некоторого времени. Сложность была связана с нетерпеливым, преждевременным стремлением к восстановлению, что угрожало результатам такового. Содействие заключалось в пояснительной работе и смягчении конфликтных ситуаций с медицинским персоналом. Было необходимо целенаправленно развивать внутреннюю силу девочки. Спорт явился для нее воплощением всех ее мечтаний. Жизнь на инвалидной коляске многому научила ее, помогла понять людей и их сущность. Единственной проблемой, с которой она столкнулась на пути восстановления, было чувство зависти и ревности к людям полноценным. Возникла необходимость сосредоточить ее внимание на оставшихся функциональных возможностях и, используя ее внутреннюю силу, волевые данные, превратить зависть в стимул.

В социальной работе с инвалидом следует воздержаться от чрезмерной опеки. Существуют примеры, когда инвалиды с явной способностью самостоятельно справляться со своими проблемами, пробуют переложить их на плечи социального работника. Подобные явления необходимо вовремя предупреждать и стимулировать автономное функционирование личности инвалида. Ведь степень его полноценности прямо пропорциональна степени его независимости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. S. Hewett. Working with the families of handicapped children, 1970.
2. R. Shakespeare. Psychology of handicap, 1975.
3. I. Robertson. Sociology, 3-d ed., 1988.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ

Социальная работа — это сложная система деятельности, в которой особое место занимает работа с детьми. Здесь социальный работник имеет дело с незрелой, находящейся в процессе развития и становления личностью, с беззащитным и уязвимым индивидом, который, в отличие от взрослого, не всегда может осознавать проблемность ситуации, а если и испытывает определенное беспокойство, то очень часто не понимает его причины, не знает к кому обратиться за профессиональной помощью.

Максимально скорая диагностика проблемных ситуаций, их своевременное разрешение, посткризисный мониторинг детей, которые, по мнению специалистов, нуждаются в компетентной помощи — вот далеко не полный список задач социального работника в этой области, но при этом он должен осознавать, что малейший промах или ошибка в процессе общения с детьми может привести к необратимым и тяжелым последствиям.

Говоря о социальной диагностике проблемных случаев, необходимо отметить, что это сложный процесс, который опирается на определенные теоретические знания, интуицию и личный опыт социального работника.

Не существует общих правил и предписаний постановки диагноза в социальной работе. Выбор методики, или, как говорят социальные работники, теоретических моделей работы со случаем также зависит от многих факторов. Так, нап-

пример, в случае отрицательного самовосприятия ребенка, предполагается использование когнитивных теорий (Эллис, Бекк). При наличии определенных проблем, связанных с воспитанием, тренировкой адаптируемости детей к нормальным, но в силу имеющегося негативного опыта избегаемым явлениям и объектам, используют бихевиористический подход. В случае же конфликтов в семье может быть выбрана модель «семейная терапия». Конечно же, возможен и комплексный подход к проблеме, сочетание элементов различных моделей. Позже, на примере анализа конкретного случая будет продемонстрирован процесс «диагностики» и «лечения» случая с обоснованием выбора конкретных моделей.

В работе с детьми функции социальной работы можно обобщенно свести к следующему:

1. Функция консультирования (терапевтическая), которая нацелена на облегчение душевного и психологического состояния клиентов. Так, например, в процессе развода родители, перегруженные собственными проблемами, очень часто забывают о ребенке. Ребенок нуждается в человеке, с которым можно поделиться своими проблемами, приобрести определенную информацию и тем самым достигнуть относительного успокоения. Эту роль может взять на себя семейный социальный работник, который, работая со всеми членами семьи, обязан помочь и ребенку.

2. Следующую функцию можно назвать организаторской, которая объединяет материально-финансовую и адвокативную (защита клиента перед государственными учреждениями и частными организациями) функции, а также осуществление возможных практических шагов, направленных на разрешение проблем.

Так, социальный работник, работающий с ребенком, страдающим болезнью почек и безотрывно находящимся в диализном отделении больницы, должен помочь решить многие проблемы.

а) Найти средства для оплаты дорогостоящей операции

по трансплантации почки, так как очень часто больной и его родители не в состоянии оплатить лечение.

б) обеспечить проблему транспорта и посещений больного, поскольку ребенок длительное время лечится в больнице (иногда от года до трех лет), и мать, осуществляющая уход за ним, не имеет непосредственного контакта с остальными членами семьи.

в) решить проблему обучения ребенка, так как не всегда в больницах организуется преподавание, ребенок же, не посещающий школу, отстает от своих сверстников, что усугубляет его и без того подавленное состояние.

Социальный работник обязан проявить посильное участие в разрешении всех этих проблем и тем самым облегчить положение родителей.

3. Функция контроля — одна из наиболее важных функций социальной работы. Работая с детьми (где бы эта работа ни осуществлялась — в семье, школе, детдоме, детском саду, в воспитательно-трудовой колонии), социальный работник обязан наблюдать за ребенком и за его окружением с целью своевременного предотвращения процесса причинения вреда личности ребенка.

Чтобы проиллюстрировать применение функции контроля, приведем следующий пример.

В семье, где двое детей (мальчик и девочка), умерла мать. У отца после смерти жены наблюдаются психические отклонения. Дети любят отца, но тем не менее, не осознавая, испытывают отрицательное воздействие при общении с ним. В данной ситуации социальный работник должен изолировать детей от отца на время его лечения. Подобная задача трудна, поскольку обе стороны, не желая расставаться, будут препятствовать изоляции. Но в том-то и заключается суть функции контроля, что социальный работник исполняет свои обязанности не только тогда, когда в нем нуждаются, но и тогда, когда налицо потенциальная опасность для конкретной личности (хотя она может и не признавать этого факта) и ее окружения.

Необходимо отметить, что на западе социальный работник наделен определенным юридическим статусом, узаконивающим и облегчающим подобное вмешательство. В некоторых случаях социальный работник может даже содействовать лишению родительских прав. Более того, почти всегда решающее слово, касающееся судьбы ребенка, остается за социальным работником.

Функции социального работника стран постсоветского мира сильно отличаются от функций его зарубежных коллег, но прежде чем проанализировать эти отличия отметим, что социально-экономические и политические потрясения, имеющие место фактически во всех бывших советских республиках повлекли за собой резкие структурно-функциональные изменения не только в экономическом организме общества. В кризисе оказались социальная и духовная сфера жизни, происходит переоценка общественных и личностных ценностей.

Ситуация в Армении усугубляется последствиями страшного по своей разрушительной силе Спитакского землетрясения, энергетического кризиса, экономической блокады и т. д. . Все эти события сильно расширили сферу социальной работы. Возникновение и утверждение новой профессии — социальный работник — также является логическим следствием этой цепочки событий.

В ареал деятельности социального работника входит работа со многими группами населения. Проблемы престарелых, инвалидов, социальная защита беженцев заняли прочное место в деятельности социальных работников. Однако некоторые категории уязвимых людей, и в том числе дети, остаются за пределами внимания социальных работников.

Между тем в последние годы дети все чаще стали попадать в детдома, растет преступность несовершеннолетних, процветает подростковая проституция, пополняется армия беспризорных подростков. Уязвимость и незащищенность детей становится неоспоримым фактом и в нашем обществе. В этих условиях невозможно отрицать острую необходимость в социальных работниках и в социальной защите детей.

Дети в армянском обществе всегда являлись одной из важнейших ценностей. Но анализ взаимоотношений в семье выявляет некую «закрытость» армянской семьи. У армянского народа идея «семьи», «родственных уз», семейной взаимопомощи и взаимоподдержки достаточно сильно развита. И как результат этого культурного феномена, семья, на которую традиционно возлагается существенная роль в воспитании подрастающего поколения, выступает как закрытый институт, не допускающий вмешательства государственных и общественных структур в свою личную жизнь, особенно, если это касается детской судьбы. Подобная закрытость приводит к пагубным последствиям. Примером может служить трагический случай, происшедший в 1995 г. с девочкой 14 лет, проживающей в одном из районов г. Еревана. Будучи удочеренным ребенком в семье, в которой позже родились свои дети, она росла замкнутой и закомплексованной девочкой. Последний месяц ее жизни, как было констатировано уже после происшествия, девушку преследовала группа подозрительных юношей. Однажды, поздно вернувшись домой, в разорванном платье, исцарапанная, девочка была избита до смерти родителями за «аморальное поведение». Затем, чтобы инсценировать самоубийство, ее приемные родители выбросили труп с 4-го этажа (из материалов милиции Маштоцского района г. Еревана.). Люди из ее окружения были свидетелями неблагоприятного положения в семье. Однако, опасаясь отрицательной реакции родителей, не пытались вмешаться.

Несмотря на то, что уже сегодня в силу объективных трудностей семья и родные часто не справляются с рядом задач, поставленных перед ними, закрытость армянской семьи будет еще долго препятствовать широкому внедрению социальной работы.

Эту трудность можно преодолеть лишь высокопрофессиональной социальной работой с детьми. Но что для этого нужно? Прежде всего информация об основных потребностях ребенка, о стадиях его развития, о возможных коммуникативных моделях общения с детьми, представления о кри-

тических ситуациях, в которых может оказаться ребенок. Когда речь заходит об основных потребностях или стадиях развития детей, в мировой литературе упоминают имя Э. Эриксона, выдающегося американского ученого, детского психиатра, предложившего весьма оригинальную схему человеческого развития.

В каждой стадии нижеприводимой схемы Эриксон дает два полярных, противопоставляемых друг другу социально-психологических понятия (или состояния). Одно из них можно назвать положительным необходимым условием в становлении полноценной личности, а другое—отрицательно воздействующим на формирование характера индивида элементом. При этом детский психиатр утверждает, что только один из этих компонентов может развиваться и укорениться в личности, в зависимости от правильного и чуткого или, наоборот, вредного и недопустимого отношения окружающих.

Основные стадии развития по схеме Эриксона таковы:

1. Фундаментальное доверие <-> Фундаментальное недоверие
2. Автономия - Стыд и Сомнение
3. Инициатива - Вина
4. Созидание - Неполноценность
5. Идентификация - Ролевое смешение
6. Интимность - Изолированность
7. Генеративность - Стагнация
8. Целостность эго - Отчаяние

1. Фундаментальное доверие — Фундаментальное недоверие.

Говоря о доверии, Эриксон имеет в виду доверие к внешнему окружающему миру, которое начинает формироваться у человека с первых дней жизни. Это понятие связывается со своевременным удовлетворением физических и так называемых социально-эмоциональных потребностей ребенка.

Под физическими потребностями подразумеваются потребности в тепле, гигиене, питании, воздухе и т. д. , необходимых для ребенка. Все это формирует у последнего чувство комфорта и узнавание людей, обеспечивающих ему этот

комфорт. Тут непосредственную значимость приобретает фигура матери. Она, являясь наиболее близким существом для ребенка, должна удовлетворять не только его физические потребности, но и социально-эмоциональные. Эмоционально и социально ребенок нуждается в любви тех взрослых и в любви между теми взрослыми, которых он считает своими собственными. Ему необходимо чувство уверенности в том, что он любим и никогда не будет отвергнут. Малышу это можно продемонстрировать улыбкой, теплом материнских рук, колыбельной песней, а в более старшем возрасте — поцелуем, поощрительным жестом, одобрением и, самое главное, частым общением.

«Первое социальное достижение новорожденного, — утверждает Эриксон, — это его готовность выпустить мать из своего поля зрения без беспокойства и внутреннего гнева, потому что она превратилась в часть его внутренней определенности и внешней предсказуемости» (5, стр.247).

Эриксон, говоря об отсутствии матери, имеет в виду внутреннюю уверенность ребенка, что мать где-то рядом и не покинула его. В обратном случае, у него может развиваться феномен «материнской депривации».¹

Термин «материнская депривация» имеет различные формы проявления. Социального работника интересует тот аспект этого явления, который связан с разлукой матери и ребенка. Характерны 3 стадии переживания ребенком этого вида депривации.

1. Стадия протеста, которая может длиться от нескольких часов до нескольких дней, когда для ребенка характерно острое осознание необходимости присутствия матери и основанное на предыдущем опыте ожидание, что она отреагирует на его слезы. Ребенок поражен горем в связи с потерей матери, испуган незнакомой обстановкой и пытается вернуть ее любыми средствами: горько плачет, ищет взглядом, отвергает любой альтернативный комфорт.

¹ Термин «материнская депривация» не употребляется Эриксоном. Но в литературе этому явлению приписывается огромная роль в формировании полноценной личности.

2. Постепенно стадия протеста сменяется стадией отчаяния, для которой характерна неослабевающая потребность в матери, смешивающаяся с чувством безнадежности. Ребенок становится замкнутым и апатичным, находится в состоянии глубокого горя, может плакать долго и монотонно, но уже начинает кое-что требовать у нового окружения. Эта более спокойная по характеру стадия иногда ошибочно воспринимается как смирение ребенка с новой ситуацией.

3. Стадия отчуждения начинается тогда, когда дети уже не в состоянии больше терпеть напряженность своих чувств и «забывают» или «отвергают» свою мать, глубоко обижаясь на нее (J. BOWLBY).

Если разлука была короткой, и ребенок возвращается к матери в стадии протеста или отчаяния, при проведении определенной подготовки эмоциональный вред, наносимый ребенку, может минимизироваться до предела. Но в любом случае необходимо время, чтобы ребенок смог вернуть прежнее чувство уверенности в своих родителях. Опасностью анализируемой стадии, при неправильном отношении к вышеуказанным потребностям или их невыполнении вообще, может стать возникновение у ребенка «чувства недоверия к внешнему миру, что, по мнению Эриксона, является деструктивным фактором в процессе формирования личности, поскольку уже в этом возрасте ощущение каждодневной последовательности, обеспеченности и безопасности обуславливает рождение рудиментарного чувства целостности Это”.(5, стр.248).

2. Автономия - Стыд и Сомнение. Эриксон, рассуждая о втором пункте своей схемы, утверждает, что чувство независимости (автономии) и самостоятельности зарождается уже в период мышечного созревания, результатом которого является: 1) «умение держаться», «стоять на ногах» и 2) возможность передвигаться и ходить. В основе этих двух «социальных модальностей» (состояний) кроется конфликт, кото-

рый может привести либо к враждебным, либо к позитивным ожиданиям и установкам. Так, умение «держаться» в определенных условиях может превратиться в деструктивное сдерживание внутренних стимулов или, в противоположном случае, выступить как форма адаптации.

Вторая модальность (термин Эриксона) может также обратиться в разрушительную силу или стать свободной возможностью «быть» или «проходить», то есть «преодолевать». Эриксон, делая это замечание, имеет в виду, что чувство независимости у человека появляется вместе с осознанием того, что «Я» без чьей-либо помощи в состоянии физически «быть». Естественно, что на этом пути возможны неудачи: первые падения, неумелые попытки что-либо самостоятельно держать или нести. Поэтому внешний контроль на этой стадии должен носить успокаивающий и ненавязчиво стимулирующий самостоятельные действия характер. В ином случае, если ребенок почувствует в себе малейшую несостоятельность в преодолении первых задач на пути его физического развития, то он, согласно Эриксону, может ощутить чувство стыда за свою неумелость и неуклюжесть и испытать сомнение в отношении будущих удач. Несомненно, что в любом случае здоровый ребенок, рано или поздно, будет и держаться, и ходить. Но если неудачи, неизбежные на этом этапе, не будут нейтрализованы и забыты благодаря правильно действующему механизму контроля со стороны взрослых, то достигнутые результаты станут «выстраданной победой», и напряжение физических и душевных сил, направленных на преодоление стыда и сомнения, может отразиться на формировании характера личности в дальнейшем.

Конфликт «автономия—стыд и сомнение» действует в течение всей жизни человека. Борьба между желанием быть «окруженным заботой» и стремлением «справляться самому со своими проблемами» сопутствует личности всегда. И где бы эта борьба ни проявлялась—в физическом развитии или в трудностях, связанных с усвоением новых навыков и знаний, или в экстремальных ситуациях, когда возникает проблема самоконтроля в отношении новых, ранее незнакомых

чувств и побуждений,—всегда взрослые (а в случае необходимости и социальный работник) обязаны обеспечить баланс между защитой молодых людей от перспективы вреда и стимулированием их самостоятельности.

3. Инициатива - Чувство Вины. На определенной стадии развития ребенку начинает казаться, что он вырос и физически, и как личность. В своих суждениях о себе он становится более свободным и активным. Он обладает неиссякаемой энергией, которая позволяет быстро забыть предыдущие неудачи и достигнуть того, что на данном этапе является особенно желаемым, даже если желаемое неопределенно и опасно.

«Инициатива дополняет автономию качеством предприимчивости, планирования и атаки с целью быть в движении и деятельности».(5, с.255).

В этом пункте появляется новое социальное состояние — «делать», а именно стремление, жажда деятельности, когда главным является не ее результат, а сам процесс, предполагающий атаку и завоевание. Опасность этой стадии состоит в возникновении чувства вины, связанного с неумением достичь поставленной цели.

«Если автономия концентрируется на сохранении потенциального соперничества между младшими и старшими братьями и сестрами, то инициатива является предвкушаемым соперничеством с теми, «кто был где-то первым и мог сделать нечто» (5,стр.256). На этой стадии, ребенок, поддаваясь своей фантазии, впервые сталкивается со сферой неизученных привилегий, санкций и типов наказаний. То есть здесь на потребности и растущие потенциальные возможности воздействуют социальные запреты, влияющие на степень реализации внутренних стимулов. И эта борьба между индивидуальными интересами и общественными нормами может привести к тому, что превалирующим фактором в поведении человека станет скорее моралистическое самонаблюдение, нежели руководство собственной инициативой. Другой крайностью может явиться следующий факт: инициатива

приведет к разрушению границ самоконтроля и самозапрета, в силу чего человек будет позволять себе неприемлемое в рамках нормы поведение.

4. Создание (industry) – Неполноценность. На этой стадии ребенок развивает идею об «индустрии», т. е. адаптирует себя к законам производственной деятельности. Под производственной деятельностью в данном контексте подразумевается ситуация, в процессе которой посредством использования орудий труда и приобретенных навыков создается некий продукт. Данный продукт может быть материализованным (рисунок, дом из пластилина и т. д) или стать результатом умственной деятельности (решение задач).

Возможная опасность в этой стадии заключается в понимании о неадекватности и неполноценности. То есть человек может не соответствовать уровню подготовленности, степени владения навыками и статусу своих сотоварищей по труду.

Потеря надежды на связь с «индустриальным миром» может оттолкнуть ребенка от сверстников, сделать изолированной личностью, оценивающей себя как неадекватную и посредственную.

Анализируя данную и предыдущую стадии, было бы уместно вспомнить третью группу потребностей, которая существует наряду с физическими и социально-эмоциональными потребностями. Ее составляют интеллектуальные потребности. Удовлетворение ее означает соответствующую каждому возрасту ребенка стимуляцию его умственных и перцептивных способностей посредством различных игрушек, игр и занимательных по формам мыслительных упражнений.

5. Идентификация личности - Смещение ролей. Идентификация личности — это долгий процесс, начинающийся у человека с осознания своего «Я», которое вначале неполно и противоречиво. Формирующееся «Я» проходит сложный путь социализации. Через усвоение моделей поведения, норм и ценностей своего социального окружения, освоение системы знаний, навыков и умений, их диффере-

нцирование и отсеивание ненужных личностная идентификация достигает своей относительной гармоничности. Концепция «Я» никогда не может считаться окончательно сформированной. Имея сравнительно устойчивое ядро принципов и суждений о самом себе, она может видоизменяться в результате общественных потрясений в целом, а также под воздействием конкретных обстоятельств. Понятие «Я» есть «Я» и ничто иное» включает в себя три важных элемента: 1) прошлый опыт личности; 2) уверенность в своей значимости сегодня; 3) определенную веру относительно будущих ожиданий.

Процессу идентификации Эриксон противопоставляет понятие «смещение ролей», то есть неумение личности правильно реагировать на совокупность поведенческих ожиданий, предъявляемых к ней сложившейся ситуацией и окружением.

Смещение ролей возникает, в основном, в кризисных ситуациях, которые в научной литературе определяются как резкие изменения в рутинной структуре повседневности.

Первая, наиболее значимая для детей кризисная ситуация, — это семейные проблемы, которые являются результатом изменений в структуре семьи. Последние могут выступать в следующих формах:

1. потеря (потеря члена семьи—смерть, развод, неожиданная тяжелая болезнь);

2. приобретение (нового члена семьи—рождение, мачеха, отчим и т. д.);

3. деморализация (потеря чувства целостности семьи).

Во-вторых, кризис, переживаемый ребенком, может возникнуть при переходе от одной стадии развития личности к другой. Смещение ролей у ребенка может развиваться также тогда, когда совершается переход к следующему этапу развития, при том, что поставленные предыдущей стадией цели не достигнуты. И наконец, кризис — это случайности, подстерегающие людей везде и всегда катастрофы, стихийные бедствия и т. д.).

Во всех вышеназванных случаях ребенок может испытывать сильное напряжение, чувство безнадежности и отчаяния, приводящие к ролевому смещению. Социальный работник, понимая суть этого феномена, может вовремя диагностировать его и тем самым облегчить тяжелый для ребенка процесс адаптации.

6. Интимность - Изолированность. Период полового созревания выдвигает перед подростком новые задачи. В этом возрасте он «... готов к интимности, т.е. имеет способность устанавливать и поддерживать партнерские связи вообще...», на чем основывается в дальнейшем выбор партнера противоположного пола и сексуальные отношения в частности. «... Юноши и девушки должны развивать в себе этическую силу, чтобы суметь подчиняться обязательствам, выдвигаемым требованиями партнерства, даже если они могут вызвать значительные жертвоприношения и компромиссы» (5, стр.263.). Фактически, этот период является школой общения с разными людьми — одноклассниками, учителями и др. Если выпускной экзамен будет провален или сдан неудачно, то, согласно Эриксону, может возникнуть глубокое чувство одиночества и изолированности, что само по себе противоречит человеческой природе.

На последних двух стадиях остановимся очень кратко, поскольку они выходят за рамки формирования детской личности и переносятся в мир взрослых людей.

Генеративность (воспроизводство себя в другом) связывается с понятием о продолжении рода, рождении и воспитании детей. Личность, не реализовавшая эту возможность и слишком поздно осознавшая ее значение, чувствует, что ее развитие приостановилось, переживает состояние стагнации и ощущает полную неудовлетворенность, несмотря на достигнутые в жизни удаchi.

Стадия целостности Это наступает в зрелом возрасте, когда человек подводит итог прожитой жизни, оцениваются достигнутые цели, затраченные на них энергия и пережитые неудачи.

Если человек воспринимает прожитые годы как бесполезные, а прилагаемые усилия как впустую затраченную деятельность, то его может настигнуть чувство отчаяния: «слишком мало времени, чтобы жизнь начать заново». Возникающее отчаяние может привести к мысли о смерти.

Следующий важный компонент знаний социального работника — это специальные навыки и умения, столь необходимые для процесса работы с интересующей нас возрастной группой. Без них любая попытка установления контакта с детьми может оказаться тщетной.

Прежде всего необходимо остановиться на анализе трудностей в процессе коммуникации с детьми.

Ребенок, как уже ранее было отмечено, в отличие от взрослого человека, не всегда может осознавать, что он находится в проблемной ситуации, а тем более выразить вербальным образом то, что он ощущает и переживает. Конечно, ребенок в процессе интервью может быть более естественным, чем взрослый, который способен играть и тем самым увести интервьюера от проблемы. Тем не менее в общении с детьми существуют свои трудности:

- а) ограниченность словарного запаса ребенка;*
- б) неумение концептуализировать проблему во времени и пространстве;*
- в) путаница между реальным и воображаемым миром, что приводит к разгулу фантазии и может перерасти в ложь;*
- г) особый строй логики, что может привести социального работника к неадекватным умозаключениям;*
- д) несформированные защитные механизмы;*
- е) отсутствие социальной уравновешенности, что может стать причиной либо «гробового» молчания, либо пустой болтовни или хихиканья;*
- ж) недостаточная зрелость, чтобы нести ответственность за собственные слова и поступки;*

з) «разум кузнечика», который не придерживается определенной точки зрения, принципов или позиций (2, с.46).

Когда дети и взрослые беседуют в атмосфере очевидной напряженности, диалог приобретает форму вопросов и ответов. Такая форма общения может принести пользу, если вопросы исходят от ребенка, а ответы деликатны и ясны. Если взрослый начинает сам задавать вопросы, то от ребенка он может добиться в лучшем случае односложных ответов, что не дает желаемого результата при интервью. Естественно, что в определенных обстоятельствах, необходимо задавать прямые вопросы. Но практика показывает, что подобная форма беседы ограничивает интервьюируемого. Так, вопрос: «Почему ты ворует?» никогда не получает ответа, проливающего свет на положение вещей в реальности.

И если социальный работник выбирает вербальный метод коммуникации, то необходимо учитывать, что большая часть детской вербализации будет иметь имплицитный характер: прямые вопросы ребенка будут содержать скрытую информацию, его очевидное любопытство в отношении кого-то другого может свидетельствовать о наличии у него идентичной проблемы.

Практика показывает, что в процессе работы с детьми наибольшую пользу приносит коммуникативная модель, которая осуществляет общение через «третий объект». То есть в процессе коммуникации участвуют не только интервьюер, ребенок, но и рисунок, животное, игрушка, игра, музыка, другой ребенок и т. д. . Существенным элементом в этом ряду третьих объектов является процесс игры, который наделен следующими функциями:

1. *игра является мостиком между реальностью и фантазией;*
2. *игра есть процесс подражания миру взрослых и проигрывания соответствующих характеру игры ролей;*
3. *игра служит средством выражения сильных чувств, накопленных в ребенке (ненависти, любви, агрессии и т. д.);*

4. ребенок в процессе игры обучается различным навыкам — физическим, интеллектуальным, социальным;

5. в процессе игры ребенок делится накопленным опытом с другими детьми, а также приобретает чувство кооперации, сотрудничества.

На основе вышесказанного можно заключить, что игра есть процесс самосоздания и самовыражения ребенка. И, используя ее в социальной работе, можно получить богатую социальную информацию о клиенте.

Вышеописанная модель общения с детьми фактически является сочетанием вербального и невербального общения. Такая форма коммуникации создает нейтральную и раскованную обстановку, располагает к беседе. Но и в этих случаях могут быть допущены некоторые ошибки по вине социального работника. Проиллюстрируем это на примере, в основе которого лежит общение через рисунок.

Социальный работник: «Какой прекрасный рисунок! Что это?»

Ребенок: «Это наш дом».

Соцработник: «Дом твоего дяди и тети?»

Ребенок: пауза...

Соц. раб.: «Я так подумал (а), потому что ты сейчас там живешь, поскольку мама еще не приобрела дом, не так ли?»

Ребенок: «Мама обещала, что мы скоро будем вместе в новом доме».

Соц. раб.: «Да, это так. Но пока ты живешь с дядей и тетей. Ты нарисовал их работающими в огороде. Тебе ведь нравится там жить?»

Ребенок: «Да... Я не знаю...»

Диалог прерывается и ребенок шести лет, мальчик, который по семейным причинам (болезни матери и отъезда отца) проживает временно с родственниками, замыкается в себе.

Возможно социальный работник и правильно интерпретирует рисунок. Но он навязывает свои ответы ребенку, что в данном случае нежелательно, т. к. тем самым он закрыва-

от себе доступ во внутренний мир ребенка. Здесь уместно рассмотреть проблему рефлексии, то есть, как приемы социального работника отражаются на процессе взаимодействия с клиентом и как характер и направление этого взаимодействия может влиять на анализ социальным работником своих качеств, умения выбрать и применить полезные для конкретной ситуации методы общения.

В приведенном примере социальный работник должен был применить следующий метод общения, использованный другим интервьюером по истечении некоторого времени.

С. Р. «Расскажи мне, что ты нарисовал?»

Р. «Это наш дом..... дом, где я живу.»

С. Р. «Дом, где ты живешь?»

Р. «Да, с мамой и папой и с младшими сестрами...»

С. Р. «Все вместе?»

Р. «Да, но мы сейчас там не живем...»

С. Р. «Это очень грустно...»

Р. «Мама и папа обещали, что скоро мы снова будем там жить. А это папа в огороде выращивает овощи...»

С. Р. «Для вас?...»

Р. «Да, картофель, только не капусту. Я не люблю тетину капусту. Хотя дядя говорит, что она вкусно готовит. Но...»

С. Р. «Но еда в своем доме всегда кажется вкуснее.»

Первый социальный работник должен осознать, что он, заботясь о благополучии ребенка, даже не дал возможности идентификации объектов в рисунке с объектами реальности.

Чего же достиг второй социальный работник?

Во-первых, подобная форма диалога дала ему возможность оценить сферу озабоченности ребенка, связанную с его воспоминаниями и его надеждами на будущее воссоединение. Во-вторых, диалог вокруг рисунка позволяет ребенку понять, что социальный работник принимает его нежелание жить с родственниками, понимает и разделяет его чувство потери и неопределенности. Естественно, что социальный работник не может заставить ребенка забыть прошлое, смириться с настоящим и ждать определенного будущего. Но

интервью помогает мальчику воспринять перспективу жизни в целом: понять собственные чувства, быть более благосклонным к тем, кто заботится и ухаживает за ним.

Попытаемся проанализировать действия социального работника на примере конкретного случая, который может служить ярким примером соединения теоретических знаний и практических навыков.

Случай. Мальчик 11 лет практически не посещает школу, поет в общественных местах и собирает милостыню, неухожен, плохо одет, на вид слабого здоровья.

Сигналом к действию для социального работника в данном случае является факт заброшенности ребенка, квалифицируемый как одна из форм несоответствующего и вредного обращения с детьми. Что должен сделать социальный работник в подобной ситуации? Работающий в этой области профессионал, какой бы случай он ни рассматривал, обязан учитывать основной тезис системных теорий о социальной природе человека: любой индивид — продукт интеракций той системы, из которой он происходит, и поэтому анализ его социального поведения должен быть связан с изучением структуры, функций, статусов и ролей, действующих в рамках социального взаимодействия.

В этой связи социальный работник должен изучить сеть межличностных взаимоотношений своего подопечного. В данном случае это может быть семья и школа. Но прежде чем войти в семью, которая может противодействовать подобной интервенции, социальный работник должен иметь некоторый комплекс объективных обстоятельств и субъективных оценок положения вещей. Для этого социальный работник стал встречаться с окружением мальчика. Эти встречи дали следующую информацию.

Педагоги недовольны тем, как мальчик посещает школу. Он производит впечатление индивида со средними способностями, но учеба настолько запущена, что мальчик не способен ее наверстать, и поэтому его знания неудовлетворительны. Нависла опасность остаться на второй год. В школу не

раз вызывались родители. Но все попытки оказались тщетными. Одноклассники, в свою очередь, считают, что мальчик ведет себя обособленно, у него нет друзей в классе, к жизни коллектива он безразличен.

Ввиду того, что школа находится далеко от того места, где подросток просит милостыню, никто из школы, что видно из бесед, не подозревает об этой стороне его жизни, что очень важно, поскольку исключается проблема стигматизации личности.

Следующий шаг на пути сбора информации — это знакомство с семьей подростка.

Мать, 34 года — домохозяйка, не имеет среднего образования, в курсе, что сын не посещает школу и собирает милостыню; сначала пыталась повлиять на него: наказывала, иногда била. Но, убедившись в своем бессилии, махнула рукой, так как увидела материальную пользу, столь необходимую для семьи. Никогда не обращалась за помощью в социальные службы.

Отец, 37 лет — инвалид с 34 лет, перенес грыжу позвоночника, может самостоятельно двигаться, но мобильность его ограничена. Старое место работы не соответствует его здоровью. Приобрести новую специальность не пытался. Не имеет контакта с сыном, не знает о его образе жизни, больше привязан к младшей дочери.

Сестра, 3 года — худенькая, болезненная на вид девочка, имеет речевые проблемы. Никто из родителей не обращался к специалистам по этому поводу.

Первая встреча с мальчиком показала, что он вовсе не воспринимает свой образ жизни как негативный, даже гордится тем, что может помочь матери. Школа его не интересует, так как он не видит в ней практической пользы.

На основе собранного материала можно сделать следующий вывод: ребенок проходит неадекватный процесс социализации. Он усваивает через значимые связи с семьей, которая для него представляет определенную ценность, субкультурные нормы, противоречащие основным нормам общественной системы; у него отсутствует процесс накопления

знаний и навыков, являющийся важным элементом социализации; подросток не соответствует статусу своих ровесников, не исполняет ролей, соответствующих статусу ученика школы.

С точки зрения социальной работы, процесс социализации включает в себя усвоение важных общественных норм и ценностей, а также образцов поведения. Усвоение осуществляется посредством механизма наказания и поощрения, применяемого агентом социализации, который берет на себя роль учителя и становится активной моделью для подражания.

В проблемных ситуациях агентом социализации становится социальный работник, который пытается содействовать клиенту в одной из нижеприводимых функциональных разновидностей социализации:

а) социализация становления (нормативная социализация, т. е. усвоение норм и образцов поведения, соответствующих каждой стадии развития личности);

б) компенсаторная социализация (при пробелах в ролевом обучении);

в) ресоциализация (попытки изменить девиантное поведение).

В практике социальной работы возможны также сочетания вышеперечисленных типов, как например, в нашем случае. У мальчика уже наблюдается девиантное поведение. Необходимо начать с ресоциализации, затем перейти к социализации становления и тем самым исключить возникновение пробелов в процессе исполнения ролей, которые уже могут существовать в определенной степени.

Теория социализации не отождествляет социализацию детей и взрослых. Для полного понимания последней очень важна идея о «компетентности», которую трактуют как конечную цель социализации. Компетентность можно считать критерием определения степени эффективности функционирования личности в социальной среде.

Чтобы иметь полное представление о социализации взрос-

слого, необходимо дать и ее классификацию. Различают следующие ее виды:

1. социализация в рамках другой культуры (в основном эмигранты и беженцы);

2. неадекватная социализация I-ой степени (когда возникает необходимость в компенсаторной деятельности);

3. неадекватная социализация 2-ой степени (когда родители имеют минимум семейных и социальных возможностей, они функционально неграмотны, имеют проблемы со здоровьем, изолированы, не контактируют с соседями, не используют образовательные и здравоохранительные ресурсы, дети в этих семьях брошены), т. е. взрослые в этой семье не компетентны.

Семья интересующего нас мальчика больше всего подходит к третьему типу. Родители не только не препятствуют неадекватному процессу социализации сына, но и, будучи сами недостаточно социализированы, стимулируют этот процесс. Налицо факт вредного воздействия на личность ребенка. Существует мнение, что в данном случае полезнее изолировать ребенка от отрицательного влияния. Учитывая же интересы мальчика, его нежелание разлучаться с родителями, предпочтительнее работать методом семейной терапии, в сочетании с моделью социализации, т. е. применять последнюю не только в процессе работы с мальчиком, но и со всей семьей. И здесь встает проблема доверия к социальному работнику.

Для того, чтобы члены семьи чувствовали доверие к соц-работнику, необходимо осуществление некоторых практических мероприятий для этой семьи.

1. Обеспечение, по возможности, социальных пособий. Иногда такая семья, находясь в отрыве от текущей жизни, не имеет представления об изменениях в этой области.

2. Возврат мальчика в школу, осуществление контроля над его посещаемостью, обеспечение дополнительных заня-

тий, предусмотренных в рамках программы школы для отстающих учеников.

3. Обеспечение профмедицинского осмотра членов семьи.

4. Обеспечение логопеда для младшего ребенка.

С помощью подобных мер возможно заключить «терапевтический альянс» между социальным работником и членами семьи, альянс, в результате которого обретается готовность обеих сторон к процессу работы: семья осознает желание соцработника помочь им, а социальный работник ощущает себя принятым в этот коллектив.

Таким образом, деятельность социального работника фокусируется на изменении «Я - концепции» клиентов, ранее интернализованных ценностей, поведения, неадекватно исполняемым социальным ролям. Так как коммуникация в данной ситуации должна носить эксплицитный характер, основным типом техники работы здесь может стать обучение, моделирование, стимулирование участия в проигрывании ролей, в оценке достигнутых результатов и т. д. Особенно важен процесс моделирования, являющийся элементом обучения социальному поведению. В связи с этим соцработник должен опираться на следующую схему моделирования, где А — это клиент (мальчик), а В — это соцработник:

1. А (мальчик) видит как В (социальный работник) демонстрирует определенное поведение, пытается помочь клиенту, ходатайствует для него и его семьи.

2. А (мальчик) формирует определенное представление об этом поведении, о его компонентах и об их последовательности, о том, что есть «правильно», «хорошо» или «плохо». Если В достигает успеха, то это формирует позитивное мнение о его деятельности.

3. А отмечает для себя позитивные моменты в поведении В, последствия подобного поведения. Например, в школе, после общения учителей с соцработником мальчику стали уделять больше внимания.

4. В следующий раз в идентичной ситуации, А для достижения желаемых целей поведет себя, как В, не будет стесняться обращаться за помощью к учителям.

Эта схема моделирования возможна как для стимулирования позитивных действий клиента, так и для торможения негативной деятельности. Так, мальчику нужно продемонстрировать (где он — А, а В, допустим, конкретный бомж), что если он, А, не будет учиться, как это делал бомж В, то он (мальчик) тоже может стать личностью с низкой степенью адаптируемости в новой ситуации, человеком, не имеющим определенных ценностей, не умеющим правильно реагировать на потребности своих будущих детей.

Социальный работник, демонстрируя социальную компетентность, может служить моделью для подражания своему клиенту. Это может быть проигрывание ролей на заданную проблематичную тему первостепенной важности для семьи, демонстрация компетентности в реальной жизни, когда соцработник исполняет адвокативную функцию для своих подопечных (например, обращение за выделением дополнительных пособий в систему социального обеспечения). И наконец, это может быть трехсторонняя встреча учителей школы, родителей и соцработника, где последний выступает от имени родителей и помогает своим клиентам задавать вопросы о потребностях и возможностях своего ребенка. Цель такого моделирования заключается в предположении, что в будущем клиент в аналогичной ситуации сумеет действовать самостоятельно и с большей уверенностью и эффективностью.

Главной задачей общего процесса работы с данным случаем явилось разъяснение мальчику, а также его родителям (помощь родителям в полноценном и компетентном участии в жизни детей — также одна из задач детского социального работника) сути истинных норм и ценностей с целью изменения асоциальных форм поведения клиентов и направления их в позитивное русло автономной деятельности.

С каким бы случаем ни сталкивался профессионал в сво-

ей практике и какую бы теоретическую модель ни использовал, в любой ситуации его действия должны служить удовлетворению основной потребности личности, совпадающей с главной целью социальной работы — помочь индивиду самостоятельно преодолеть свои внутриличностные и социальные проблемы, полноценно функционировать в том обществе, членом которого он является.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. L. Bandler. *Casework: A Process of Socialisation*. Boston, Little, Brown and Company, 1968.
2. J. Berry. *Social Work with Children*, Routledge and Kegan Paul, London, 1981.
3. J. Bowlby. *Loss and Change*. 1981.
4. U. Bronfenbrenner. *Freudian Theories of Identification, Child Development*, 1960.
5. E. H. Erikson. *Childhood and Society*. New York W. Norton and Company, 1963
6. D. Jchu. *Learning Theory and Social Work*. London, Routledge and Kegan Paul, 1967.

ЖЕНЩИНЫ В ФОКУСЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Освященное религией подчиненное социальное положение женщины в семье и обществе было характерно практически для всех обществ. Основной аргумент, приводимый в пользу такой позиции — “естественная слабость женского организма”. По мнению французского философа Огюста Конта, сторонника так называемой биологической теории, общественное равенство между мужчиной и женщиной невозможно, исключительное призвание женщины — семейные обязанности. В конце XIX в. в Германии и других странах получила распространение “теория трех К”¹, которыми должен ограничиваться круг интересов женщины. Постепенно подобное отношение к женщинам стало уступать более прогрессивным взглядам. Так, английский философ и социолог Джон Стюарт Милль², автор книги “Подчиненность женщины”, рассматривал ее рабское положение как следствие глубоко укоренившихся предрассудков во взглядах на женщину и видел путь к ее эмансипации в равноправии и воспитании. В защиту прав женщин выступали социалисты-утописты, русские революционные демократы и др.

Повели борьбу против неравенства и сами женщины. Начало организованного женского движения относится к концу XVIII в., к периоду Войны за независимость в Северной Америке и Великой французской революции. В 1791г. Национальному собранию Франции была представлена “Декларация прав женщины и гражданки”, составленная по об-

1. “Kirche, Kuche, Kinder” в пер. с нем. — церковь, кухня, дети.

2. Джон Стюарт Милль. “Подчиненность женщины”. СПб, 1906г.

разу “Декларации прав человека и гражданина”. Приобретая все более широкие масштабы, феминистское движение стало добиваться принятия определенных законов, защищающих интересы женщин.³

Положение женщины в армянском обществе имеет свои особенности в силу исторических, геополитических и культурологических факторов. Находясь на стыке Европы и Азии, Армения издревле испытывала культурное влияние обоих регионов. Сочетание исконно армянских традиций, норм и ценностей с элементами “инокультур” создало оригинальный образ армянской женщины, определило ее место в общественной жизни.

Как и в любом традиционном обществе с жесткой системой социального регулирования, в Армении ограничивались права и свобода женщин. Уже в родительском доме, где в ней с детства воспитывали покорность и послушание — необходимые атрибуты армянской невесты, она была лишена права собственного выбора, возможности устраивать жизнь по своему усмотрению. В новой семье, куда ее выдавали замуж, женщина обслуживала не только мужа, но и остальных членов его семьи. Узкий мир семейной жизни не допускал общественной, профессиональной или политической активности женщины. Сфера ее деятельности должна была ограничиваться ведением хозяйства, воспитанием детей и взаимоотношениями с ближайшим окружением. Полноправной хозяйкой она становилась обычно после смерти родителей мужа. Таковы были нормативные требования к поведению

3. Постепенное расширение прав женщин можно рассмотреть на примере Франции. В 1791г. был принят закон о женском образовании; декретом 1792г. женщины были предоставлены некоторые гражданские права; в 1794г. Конвентом был принят закон, направленный на облегчение процедуры развода. Кодекс Наполеона (1804г.) резко ограничил гражданские права женщин. Вносившиеся во Франции с 1848г. законопроекты об избирательном праве для женщин не имели успеха в течение почти 100 лет. Лишь в 1944г. французским женщинам было предоставлено избирательное право. В 1880г. были открыты первые женские лицеи, а закон, регулирующий условия женского труда, был принят в 1892г. Согласно этому закону устанавливался 11-часовой минимальный рабочий день для женщин, который в 1904г. был сокращен до 10 часов.

женщины, при удовлетворении которых она удостаивалась одобрения со стороны общества.⁴

В то же время женщина обладала всей полнотой прав в качестве жены и матери. Женщину как исполнительницу этих ролей общество окружало ореолом "святости". Роль хранительницы очага, преданной жены, любящей матери высоко оценивалась окружением. Любое неадекватное отношение к ценностям семьи осуждалось.

Сейчас многое обстоит далеко не так. Хотя патриархатная традиция продолжает играть существенную роль в жизни армянского общества, ее ареал резко сузился. Претерпела изменения и система общественных ценностей, значительно уменьшилось влияние общественного мнения на поведение личности. Получила распространение новая модель, которая предполагает эгалитарные взаимоотношения внутри семьи и в самом обществе.

Несмотря на значительные изменения традиционных представлений о роли женщины в семье и в обществе, неравенство между представителями различных полов в армянской действительности продолжает сохраняться, обуславливая неравный доступ женщин к социальным возможностям: более высокий уровень их бедности, вытеснение женщин из важнейших сфер принятия решений, высшего эшелона законодательной и исполнительной власти, неравный доступ женщин к информации, неравенство в быту, асимметричное воздействие социально-экономических трансформаций на положение мужчин и женщин, дискриминация женщин в сфере труда.

С какими проблемами сталкивается социальный работник, когда работает с женщинами?

Начиная с подросткового периода девушки переживают ряд биологических, ролевых, психологических изменений, сопряженных с эмоциональным напряжением для личности.

Значительные изменения в жизни женщины связаны с замужеством. Меняется ее статус, образ жизни, социальные

4. Подобная стереотипная модель поведения женщин сохранилась до сих пор в традиционных и верующих семьях, сельских общинах.

роли, окружение. Процесс адаптации к новым условиям достаточно сложен, особенно если в соответствии с традициями армянского общества молодая семья живет вместе с родителями мужа. Неудачные попытки урегулировать свои взаимоотношения с новой семьей могут быть источником серьезных волнений для женщины. В такой ситуации своевременная помощь, оказанная ей социальным работником, даст возможность справиться с новоявленными проблемами.

Другим, не менее сложным событием в жизни женщины является рождение первого ребенка. Даже если роды проходят нормально и ребенок рождается здоровым, появление на свет нового беспомощного существа сопровождается массой забот и проблем для матери. Особенно трудно приходится тем женщинам, которые оказываются одни перед трудностями ухода и воспитания детей.⁵

Другая проблема — распад семьи. Женщины, вставшие перед перспективой развода, находятся в напряженном психологическом состоянии. Помимо чисто личностных проблем, они испытывают давление общественного мнения, поскольку идея разрушения семьи малопримемлема для армянского общества.

Еще одной проблемой является общественная активность женщины. Стремление женщин работать часто сталкивается с неодобрением в семье⁶. Сама по себе установка семьи на работу женщины — величина зависимая, производная от квалификации женщины и ее возможности заработать, количества детей в семье, традиций, психологии данной этносоциальной группы.

5. Социальная работа с матерями-одиночками, многодетными матерями, а также с бездетными женщинами является одной из важных областей практической социальной работы.

6. Основываясь на результатах своего исследования, проведенного в Англии, В. Клейн указывает на то, что мужа большинства опрошенных домохозяек, не занимающихся профессиональной деятельностью (58%), решительно настроены против последней. (V. Klein. "Britain's Married Women Workers". L., 1965).

Интересно отметить сделанные Найем и Гоффманом⁷ выводы, основанные на результатах исследования, проведенного среди американских замужних работающих женщин:

1. работающая женщина меньше участвует в домашнем хозяйстве, зато ее роль в принятии решений, связанных с домашними делами, повышается;

2. конфликты между супругами более часты в случае полной занятости женщины и более редки в семьях, где женщина не работает;

3. отчуждение и разводы более характерны для семей, где женщина работает: работающая женщина более свободна в решении проблемы развода;

4. занятость женщины не оказывает непосредственного влияния на структуру власти в семье, это влияние имеет место только во взаимодействии с существующими в семье традициями и отношениями ее членов;

5. уровень супружеского счастья и удовлетворенности работающей женщины выше, чем неработающей.

Все это объясняет возрастающее стремление женщины работать, заниматься активной общественной деятельностью. Неудивительно, что даже в обществах, придерживающихся традиционных взглядов на женщину и ее социальную активность, число работающих женщин неуклонно увеличивается.

Выше была рассмотрена небольшая часть обширной проблематики женщин. Бесспорно, существует масса проблем, возникающих в жизни женщины, которые заслуживают пристального внимания социального работника, его квалифицированного вмешательства.

Цели, задачи, эффективность конкретной социальной работы с женщиной во многом зависят от того теоретического подхода, в рамках которого проводится

7. F. J. Nye and L. W. Hoffman. "The Employed Mother in America." Chicago, 1965.

вмешательство специалиста. Среди множества таких подходов особое место занимает феминистская модель социальной работы, впервые примененная предводителями женского движения. Они пытались преодолеть ограниченность традиционной социальной работы, считая, что оказанием помощи отдельным индивидам, проблем социальных, являющихся причиной личных трудностей, не решить. Вместе с тем они выступали против фокусирования внимания на мужских проблемах, игнорирования некоторых основных реалий социальной работы, в частности того факта, что большинство клиентов и самих социальных работников — женщины.

Феминистская модель социальной работы уделяет внимание влиянию патриархатных отношений на все сферы жизни женщины, акцентирует необходимость более полного изучения этого явления и борьбы с ним. Феминисты проявляют большой интерес к антидискриминирующим моделям теории и практики социальной работы. Они рассматривают многообразие форм дискриминации, имеющей место в жизни большинства женщин, многие из которых становятся клиентами социальных работников. Это прежде всего дискриминация женщин по расовым, этническим, национальным, классовым, возрастным признакам. Например, в Америке до недавнего времени чернокожие женщины подвергались определенным ограничениям в пользовании социальными сервисами; часто из поля зрения социальных работников выпадала столь проблемная группа, как пожилые женщины. Другими признаками дискриминации выступают сексуальная ориентация (лесбиянки) и девиантное поведение (женщины-преступницы, проститутки). В фокусе внимания антидискриминирующей модели находится также неравенство женщин и мужчин.

Несмотря на то, что феминистский анализ ставит акцент на позициях женщин, основанная на этой теории работа может вестись в присутствии обоих полов. Например, феминистская семейная терапия — один из распространенных методов работы с женщиной и со значимыми людьми в ее жизни.

Довольно часто в социальной работе с женщинами могут возникать трудности, в частности, в выборе применяемой модели. Например, в случае неадекватного отношения женщины к своему ребенку, исполнения ею роли “заботливой и ухаживающей матери” может быть оказана двоякая помощь. Если традиционный социальный работник обычно разрабатывает в этом случае тактику “обучения” матери “родительскому искусству”, реализация которой потребует много времени, то феминистский подход исходит из более широкого контекста проблемы. В данном случае в фокусе его внимания окажутся отношения женщины с окружающей средой, исполнение ею своих семейных и общественных ролей; степень ее неудовлетворенности различными аспектами жизнедеятельности и т. д. Это позволит найти пути развития ресурсного потенциала женщины. И чем больше будет ее удовлетворение от процесса и результатов своей деятельности, тем больше вероятности, что она проявит ответственность за ребенка и естественные материнские чувства, подавленные жизненными проблемами.

Выбор тактики и метода работы с конкретным клиентом определяется типом проблемы, на которой сконцентрировано внимание социального работника. Разновидность и многогранность проблем женщин обуславливает отсутствие ограничений в применении моделей социальной работы с ними.

Так, “психосоциальная модель” очень эффективна на начальном этапе диагностики проблем женщин. Она позволяет хорошо изучить женщину-клиента, определить субъективную значимость ее проблемы.

Также хорошо функционирует на этапе уяснения проблемы “модель, центрированная на клиенте”, разработанная Карлом Роджерсом. Благодаря ей легко можно установить доверительные отношения между женщиной и социальным работником, дать ей расслабиться, почувствовать участие последнего в своей судьбе, от чего во многом зависят результаты дальнейшей работы.

Когнитивно-бихевиористская модель “социального научения” подчеркивает важность социализации в жизни лю-

дей. Модель дает возможность постепенного приобретения необходимых для решения проблемы, но не имеющих в репертуаре женщин навыков и умений.

Кроме таких лонгитюдных (долгосрочных) методов социальной работы существуют методы, требующие недолгого срока — бриф-методы. К числу таковых относится “модель интервенции (вмешательства) в кризис”. Этот метод широко применяется в социальной работе с женщинами, так как в их жизни опасность переживания критических ситуаций особенно велика. Это могут быть ситуации, предполагающие реальную угрозу, потерю (страх потерять работу, смерть близкого человека) или же периоды перехода из одного жизненного цикла в другой (начало у девушек менструального цикла). В этих случаях с целью смягчения воздействия стрессогенной ситуации применяют метод интервенции в кризис.

В процессе работы с женщинами очень актуальна проблема саморефлексии социального работника, т. е. его умение трезво оценить свои шаги, действия, возможные промахи и ошибки. Не секрет, что социальная работа является скорее женской профессией, среди специалистов большой процент составляют именно женщины. То же самое можно сказать о потребителях социальной работы, т. е. о клиентах. Принимая во внимание относительную эмоциональность женской натуры, ее импульсивность, мы отмечаем опасность искажения отношений “социальный работник — клиент” между женщинами, возможность стирания дистанции между ними. Чтобы избежать подобных нежелательных явлений, социальный работник обязан тщательно анализировать каждый свой шаг. Неоценимую помощь в этом ему может оказать руководитель.

Для иллюстрации приведем конкретный пример работы с клиентом.

Он скорее представляет собой работу с семьей. Это на наш взгляд вполне оправданно, так как семейная жизнь одна из основных сфер жизнедеятельности женщины.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ.

Нине 44г. , замужем, имеет двоих детей — дочь (19) и сын (14). Мужа зовут Сергей (45). Женаты 22 года, брак был по любви, вопреки желанию родителей мужа. Поначалу было множество материальных проблем, но на взаимоотношениях в семье они не отражались. Со временем муж начал хорошо зарабатывать, стал директором магазина. Она — домохозяйка. Рождение дочери было счастливым событием в семье. Постепенно налаживались отношения и с родителями мужа. По словам Нины, муж относился к ней очень хорошо, заботливо, нежно, но в какой-то момент стала замечать, что он поздно возвращается с работы, иногда подвыпивший; зародились подозрения о связи мужа с другой женщиной. На открытый конфликт, а тем более на развод не решилась. (“Что бы я делала без него?”) В течение полугода продолжались стычки с мужем по этому поводу, чувствовала явную поддержку со стороны свекрови. Проблема улеглась сама собой во время второй беременности. После рождения сына подобные эксцессы не повторялись, и жизнь семьи вошла в нормальное русло. Воспитанием детей в основном занималась сама, муж пропадал на работе. Дети были более привязаны к матери, отца побаивались, в особенности дочь. По определению Нины, “жили на широкую ногу, ни в чем себе не отказывали”. Так продолжалось до тех пор, пока три года назад Сергей не потерял работу. Через месяц заболел, перенес инсульт, получил инвалидность. Долго лечился, после выздоровления начал пить. Очень изменился — стал раздражительным, ворчливым, равнодушным к семейным проблемам. Отошел от круга своих друзей. Осложнились взаимоотношения с детьми — постоянные ссоры, конфликты. Прекратились интимные отношения с женой. Часто уходит из дому на неопределенное время, не предупредив никого. Нина устроилась на работу, подрабатывает и сын. Сначала надеялась, что все уладится, пройдет, муж устроится на работу, но сейчас считает, что он стал чужим человеком, не думает о своей семье, не хочет заботиться о ней, исполнять определенные семейные обязанности. Вероятность восста-

новления нормальных отношений видит только при условии кардинальных изменений в его личности, отношении к семье, к работе. Склонна обвинять в случившемся только мужа.

Первое интервью с клиентом, Ниной, носило информационный характер. Была поставлена цель определить проблему женщины, воспроизвести ее так, как видит она сама, понять ее интерпретацию возникших сложностей, дать возможность эмоциональной разрядки, структурирования мыслей клиента.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ КЛИЕНТА.

Анализ рассказа Нины показал, что основная причина всех ее беспокойств, “проблема-мишень” — это “ненормальные” семейные отношения. Изменения в семье, перераспределение ролей, вызванное безработицей и болезнью мужа, сильно отразились на ее состоянии. Своих родственников в Ереване не имеет; круг друзей ограничивался друзьями мужа, их семьями; никогда не работала; общественно-политической деятельностью не занимается. В ценностной ориентации доминирующую роль играет семья. Тяжело переживает сексуальную депривацию, неудовлетворенную потребность в защищенности, опоре, мужской заботе. Перекаладывает с себя ответственность за семейную жизнь, ломку “счастливой” (по ее определению) жизни объясняет изменением поведения мужа. Отсюда следует защитный механизм-проекция, постоянные обвинения, упреки. Заметно влияет на детей, на их отношение к отцу.

Следующая встреча наметила основные направления практики социальной работы. В фокусе внимания — семья. Применяемые модели — экологическая модель и элементы семейной терапии. После посещения дома клиентки (мужа не было дома), беседы с детьми стала возможна идентификация проблемы семьи.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ.

Последствия безработицы, а затем и болезни мужа косну-

лись прежде всего ролевой структуры семьи. Сложившаяся на протяжении многих лет, интернализированная членами семьи роль “мужчины, отца семейства” по ряду объективных причин перестала идентифицироваться. Происходит коренная ломка взаимных прав и обязанностей в семье при сохранении системы экспектаций ее членов по отношению к носителю этой роли. Совокупность семейных ролей перестала представлять собой целостную систему. Принятые в семье нормы, требования, предъявляемые мужу, оказываются для него непосильными, не соответствуют его возможностям и желаниям. Складывается патологизирующая роль “козла отпущения”⁸. Наблюдается разрыв социальных связей мужа с членами семьи, ослабляются интеракции между ними, увеличивается социальная дистанция, ведущая к изоляции мужа.

Следующий шаг заключается в уяснении приоритетов, в выборе одной из множества проблем, над которой социальный работник должен работать в первую очередь и которая определила бы цели дальнейшей работы.

Задача последующих интервью с Ниной состояла в том, чтобы в рамках подхода, центрированного на клиенте (эмпатическое слушание, теплота, естественность) пробудить в ней ответственность за свои действия в семье, показать, что поведение мужа во многом определяется ее поведением, помочь взглянуть на события не только со своей точки зрения, но и с точки зрения мужа, понять его и попытаться выработать совместно с ним наиболее оптимальное решение вставших проблем, способы адаптации к новым условиям.

В ходе консультации обсуждались те шаги, которые было необходимо предпринять для нормализации отношений, те средства, которые можно было бы привлечь для достижения этой цели.

После реализации клиентом выработанной модели поведения, подробно анализировался ход событий, опыт, переживания клиента, реакции мужа.

8. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. “Семейная психология”. Ленинград, 1990г.

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. Нина вызвала на спокойный разговор мужа. Он с трудом пошел на контакт. После продолжительной беседы о дальнейших взаимоотношениях заявил, что должен некоторое время побыть один, обдумать. Тогда состоялось интервью с мужем. Длилось три часа.

ПРОБЛЕМА МУЖА.

После перенесенного потрясения, болезни долгое время не мог прийти в себя. Сознает, что не контролировал свои действия, поступки. Был разочарован во всем. В семье его не понимали. Тяжело переживал свое бездействие, нетрудоспособность. Испытывал чувство неудовлетворенности, одиночества, ненужности никому. Потерял влияние на детей, особенно на сына. Жену обвиняет в том, что когда ему было трудно, она не оказала поддержки, не захотела помочь. Выслушивать постоянные упреки не мог, стал часто уходить из дома. Все равно его там не ждали. Надежд на восстановление семейных отношений не имел, испытывал лишь безразличие к семье. Потрясен состоявшимся разговором с женой. Вернуться навсегда домой мешает страх, что все пойдет по-старому. Не хочет снова это переживать. Сейчас мучает неопределенность, неизвестное будущее.

Острая, неудовлетворенная потребность в любви, в принадлежности к некой общности. После потери работы стало ясно, что самоутверждение на работе, самоуважение было лишь средством к достижению авторитета, уважения в семье. Потеря работы автоматически привела к потере влияния в семье.

В процессе интервью была достигнута эмоциональная разрядка, вентиляция, структурирование мыслей Сергея.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В ходе последнего интервью с Ниной выяснилось, что муж пришел домой, у них состоялся разговор. Разговор был слишком откровенный, возможно даже жестокий, но он помог им, по словам жены, понять друг друга, увидеть не только внешнюю форму — изменения поведения, резкость реакций, порой даже грубость, но и глу-

бинную сущность происходящего: а почему, по каким причинам все изменилось, кто виноват?.. Ведь проблема не только в материальном обеспечении, она глубже. На основе достигнутого взаимопонимания было решено попытаться возобновить нормальную семейную жизнь, которая предполагает как духовную, так и интимную близость. Правда, еще предстоит тяжелый разговор с детьми, однако определенная нормализация отношений между супругами кажется многообещающей. Требуется проведение социальным работником дальнейшей работы в семье, наблюдение.

СЕМЕЙНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

Семья является одним из важнейших участков социальной работы. Здесь пересекаются деятельность и интересы всех социальных субъектов: личности, социальных групп и общества в целом, субъектов, на решение специфических проблем которых направлена социальная работа. Успех последней во многом зависит от того, видит ли социальный работник всю сложность системы "личность-семья-ближайшее окружение-общество", умеет ли он работать с этой системой и внутри нее.

В центре внимания семейной социальной работы могут быть самые различные аспекты жизнедеятельности семьи: жилищные условия, благосостояние, формы ведения хозяйства, уход за детьми и их воспитание, здоровье членов семьи, проблемы пожилых, социально-психологическая реабилитация после потерь, межличностные взаимоотношения, поведенческие отклонения и т. д. Все эти аспекты взаимосвязаны, и если семья становится объектом социальной работы, то проблема, выбранная в качестве мишени, в той или иной степени несет на себе печать всех тех проблем, которые так или иначе касаются семьи. Львиная доля работы с семьями приходится на семейную терапию.* Семейная тера-

* Семейная терапия утвердилась в США и Великобритании в начале 1950-х годов. В это время практики-психоналтики вырабатывали первые модели семейной социальной терапии. Джон Белл в США и Джон Боулби в Англии сделали очень многое для утверждения этого направления социальной работы. Детский психотерапевт А. Аккерман выдвинул гипотезу о

пия базируется на следующих постулатах: семья является важным контекстом, а порой и причиной возникновения и сохранения проблемного поведения личности; семья состоит из звеньев, неадекватное функционирование которых может привести к разрыву внутренних связей; семья — это многоаспектный феномен, поэтому правильный выбор аспекта, который окажется в фокусе социальной работы на этапах диагностики и терапии, во многом определяет успех семейной социальной работы. В качестве выбранных аспектов могут фигурировать структура семьи, внутрисемейное общение, межпоколенческие взаимоотношения, микроокружение семьи и т. д. Социальный терапевт не может изменить личность или семью иначе, чем через подсказку ей контекста путей решения проблемы, помогая семье таким образом самой выбрать способы перемен. Далее встает проблема ресурсов. Источником необходимых ресурсов может быть сама семья. Во время семейных сессий **, используя интервью, структурные перестановки, специальные задания, социальный терапевт выстраивает новые упражнения для выявления оптимальной формулы внутрисемейного общения, возможности и цели самосовершенствования семьи. В ходе терапии социальный работник может консультироваться с другими специалистами, вовлекать их в процесс решения специфических проблем. В семейной социальной работе одним из наиболее употребимых является метод “концентрирования на задаче”, который особенно эффективен в случаях, когда семья испытывает трудности совместного проживания. На первоначальной стадии этот метод использовался в работе с парами “муж — жена”, “родитель — ребенок”, а в последнее время он широко применяется также в работе со слож-

том, что беспокойный ребенок — результат беспокойной социальной среды, что эмоциональные проблемы индивидов могут быть познаны только через их непосредственную среду. В 1958 году он опубликовал книгу о диагностике и лечении семейных взаимоотношений. В дальнейшем подобные работы были сделаны в Сан-Франциско в Институте психологических исследований.

** Контакт социального работника с семьей и работа с ней в течение одного посещения.

ными и многопоколенными семьями. Особенность этого метода состоит в том, что социальный работник при работе с семейными парами и отдельными членами семьи концентрируется на конкретной проблеме, терапии, базирующейся на теории семейного взаимодействия и результатах собственных исследований.

В рамках этого подхода семья рассматривается как единое целое, а ее проблемы как следствие неоптимального взаимодействия членов семьи. Основным инструментом семейной терапии служат задания, которые социальный работник дает членам семьи. Они составляются на основе упрощенных и облегченных сценариев, копирующих пассажи из реальной практики внутрисемейного взаимодействия. Сценарии проигрываются в различных вариантах, давая возможность членам семьи увидеть свои промахи и ошибки. После того как участникам терапевтических сеансов удастся достичь эквивалентного обмена, т. е. удовлетворить взаимные экспектации, разрабатывается модель внутрисемейного взаимодействия. Занятия и домашние задания преследуют цель контекстуальных изменений, столь необходимых для снятия барьеров на пути к улучшению внутрисемейных взаимоотношений.

Структурные дисфункции и патологии в семье остаются незамеченными до тех пор, пока не становятся препятствиями для нормального функционирования семьи. Чтобы этого не случилось, социальные работники пытаются модифицировать ролевую и иные структуры семьи. В реальной действительности это довольно трудная задача, так как многие семьи не желают структурных изменений. В случаях, когда структурных модификаций избежать невозможно, социальный работник встает перед новой задачей — вызвать соответствующие изменения в установках, а затем уже в структуре семьи.

Значительная часть семейных проблем возникает на почве неудовлетворенности, той или иной проблемной ситуации. Семейному социальному работнику следует начать с изучения и конкретизации проблемы. Обычно к концу пер-

вого или второго интервью с членами семьи социальный работник и его клиент приходят к общему знаменателю относительно насущных нужд клиента, “проблемы-мишени”, а также путей ее разрешения. Нужно отметить, что в “проблеме-мишени”, выделенной социальным работником, должны найти свое выражение все противоречия и проблемные моменты семейных взаимоотношений. “Проблема-мишень” может включать в себя также конфликтную ситуацию вне самой семьи, но относящуюся к одному из ее членов. В качестве таковой могут быть, например, трудности, с которыми ребенок сталкивается в школе. Следуя системному подходу, социальный работник обязан достичь разрешения и такой, казалось, внешней по отношению к самой семье проблемы, ибо ее наличие является серьезным препятствием для улучшения взаимоотношений внутри семьи.

Следующим шагом является выбор средств. Отметим, что многообразие используемых средств для реадaptации семьи есть одна из особенностей метода “концентрирования на задаче”. Органической частью системной терапии является учет и регулирование влияния микроокружения на процесс реадaptации семьи. Основной целью такой, по сути, экологической, социальной работы является изменение взаимоотношений в системе “семья-социальная среда” таким образом, чтобы члены семьи имели возможность осуществлять более полный контроль над основными сферами своей жизни и труда. Этому могут способствовать:

- выявление безответственной или дискриминирующей деятельности, которая мешает адаптации семьи;

- усиление слабых или неадекватных связей семьи с ее микроокружением, с персоналом медицинских учреждений, различными службами, обслуживающими семью или какого-либо ее члена;

- помощь семье в наилучшем использовании собственных и привлеченных средств и других ресурсов;

- помощь в повышении уровня согласия в семье посредством развития семейных ритуалов.

Подобные меры могут в какой-то степени изменить ок-

ружающую среду, а также внутреннюю организацию семьи.

Другой важный фокус экологической социальной работы — это изменение межпоколенческих взаимоотношений. При этом социальный работник может воспользоваться генограммой, семейной картой, отображающей историю семьи, события, имеющие принципиальное значение для личности. Генограмма строится на основании данных, получаемых во время интервью, направленного на выявление ценностей, верований, взглядов семьи, моделей ее образа мира и образа жизни, семейных обычаев и преданий, мотивов тех или иных действий.

Некоторые авторы находят, что внимание социального работника должно быть сконцентрировано только на актуальном положении семьи, в котором имплицитно присутствует прошлое, но так или иначе большинство социальных работников собирают данные о прошлом семьи для того, чтобы лучше понять ее исторический контекст, который особенно важен при работе с людьми пожилого возраста и с брачными парами. Эффективно действующим социальным работникам удастся побудить клиента стать экспертом исторического контекста и актуального бытия собственной семьи, через анализ всего этого самому прийти к идее необходимости и выбрать способ преобразования внутрисемейных взаимоотношений. Здесь роль социального работника, как обучающего, заключается в предложении возможной стратегии изменения внутрисемейных взаимоотношений, в оценке достигнутых результатов и в укреплении привязанности членов к своей семье.

Третьим, наиболее важным фокусом экологического подхода является улучшение структуры семьи, в которой могут наблюдаться нежелательные сдвиги, связанные с неорганизованностью семьи (отсутствием четкого механизма функционирования), размытостью граней между семьей и окружающим миром, разрушением ролевой структуры и семейной иерархии.

Экологический подход может быть эффективным в работе с семьями с богатой и сложной экологической средой,

например, с сельскими семьями, которые порой образуют специфическую семейную общину со своими обычаями и ритуалами.

Сельская семья выступает как часть сельской общины, и хотя община как таковая уже потеряла свое значение в условиях Армении, ее функция социального контроля все еще продолжает сохраняться и влиять на жизнь отдельной семьи. Эта особенность сильно проявляется на уровне соседства.

Соседство — это участок, где действуют многочисленные институциональные единицы и локальные организации (школа, церковь). Социальному работнику необходимо уделять внимание и этой стороне жизни семьи хотя бы потому, что соседство продолжает играть роль неформальной структуры, которая содействует благосостоянию семьи, может помочь в быту, в предотвращении серьезных социопсихологических проблем. В зависимости от социокультурных традиций соседство может взять на себя функцию адаптации к новой среде, в том случае, когда семья по тем или иным причинам не хочет или не может прибегнуть к профессиональной помощи.

В практике семейной социальной работы получили большое распространение различные программы, направленные на оказание помощи семье в преодолении экономических, социальных, психологических трудностей. Социальный работник может и должен давать семье информацию об этих программах, помочь ей в облегчении доступа к ним, правильном распоряжении средствами и ресурсами, предоставляемыми этими программами.

РАЗРАБОТКА КОНКРЕТНОГО СЛУЧАЯ

Георгий (40 лет) обратился к социальному работнику в связи с тем, что его жена, Лариса (35 лет), ушла из дому, оставив двоих детей, и не желает возвращаться. Из непродолжительной беседы выяснилось, что причина такого

шага - постоянные конфликты со свекровью (Роза, 66 лет) и незамужней золовкой (Жанна, 38 лет). Поскольку проблема клиента - семейные взаимоотношения, объектом социальной работы стала его семья, которая рассматривалась как целостная система, имеющая свою структуру, организацию, свою микросреду.

Первый этап социальной работы с семьей — уяснение проблемы — требовал проведения интервью с каждым членом в отдельности, что позволило бы выслушать все стороны конфликта, дало бы им возможность высказать собственную точку зрения, свое видение проблемы и конфликтной ситуации. Посредством индивидуальных интервью можно было достичь определенной эмоциональной разрядки членов семьи, определить их готовность участвовать в совместном поиске решения проблемы.

Индивидуальные встречи социального работника с Георгием, Ларисой, Жанной, Розой и с детьми выявили следующую картину.

Семья Георгия — многолетняя семья репатриантов из Западной Армении. Будучи единственным сыном, после смерти отца он взял все тяготы семьи на себя. Особого пристрастия к учебе не имел. После возвращения из армии поддался на уговоры родственников жениться на избранной им девушке. Она, Лариса, из более обеспеченной семьи, учительница математики, он - шофер. Уже первые месяцы семейной жизни показали, что они росли и воспитывались в семьях, имеющих разные системы норм и ценностей. Процесс адаптации невестки к устоям жизни новой семьи проходил очень болезненно: возникали постоянные ссоры со свекровью и золовкой на почве бытовых проблем, ухудшались в связи с этим супружеские взаимоотношения. Лариса настаивала на отдельном проживании от родственников мужа, Георгий не мог позволить себе оставить мать и сестру одних. Появление детей еще больше обострило взаимоотношения в семье. После рождения дочери Лариса тяжело заболела и была вынуждена проходить длительный курс лечения в больнице, в течение которого за детьми присматривала золов-

ка. Ухудшилось зрение, ушла с работы. Стала постоянно ревновать мужа, подозревая его в измене. Одна из причин ссор с золовкой - дети, которые были очень привязаны к тете. После очередного скандала ушла из дому. Это не первый случай. Предыдущие два раза вмешивались родители Ларисы, сглаживали конфликт, после чего она возвращалась в семью мужа. На этот раз Лариса утверждает, что не вернется, поскольку золовка и свекровь изолировали ее, создали враждебную обстановку. Она находит, что с мужем у нее хорошие отношения, между ними царит взаимопонимание, но его родственники пытаются настроить его против жены и даже влияют на детей. Жанна считает, что невестка слишком замкнута в себе, своенравна, эгоистка и плохая мать.

Общий анализ семейной ситуации в рамках экологической модели показал, что на формирование и развитие конфликта повлияла разница в воспитании, представлениях о семейных нормах Ларисы и Георгия. Родители Георгия пережили очень тяжелые времена. Семья репатриантов отличалась традиционностью, приверженностью своим обычаям, строгой семейной иерархией. Сам Георгий воспитывался в духе такого традиционализма. Он помнит, как тяжело жила семья, как трудно было матери растить детей. В любых столкновениях жены с матерью и сестрой он однозначно принимал сторону «своих», следуя неписаным законам. Признает, что такая позиция, наверное, была неправильной.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ: неинтернализованная членами семьи система основных семейных ролей; отсутствие каналов коммуникации между Ларисой и родственниками мужа, импульсивность и эмоциональная неуравновешенность Ларисы, ее неадаптированность в семье мужа; отсутствие в семье обстановки, обеспечивающей анализ и разрешение конфликтной ситуации.

В ходе первоначальных интервью социальный работник выяснил, что в целом каждый член семьи стремится к нормальной, спокойной жизни, достигнуть которой мешают укоренившиеся негативные установки в отношении друг к другу.

Следующая задача, которую преследовал социальный работник — подготовить клиентов к тому, что в решении проблемы должны участвовать все и что успешность этого процесса во многом зависит от них, от переоценки своего отношения к проблеме.

В дальнейшей работе применялись модель семейной терапии и модель «центрированная на задаче». В семейных занятиях, куда приглашалась и Лариса, основная цель — достичь терапевтического альянса, т.е. готовности членов семьи взаимодействовать друг с другом и с социальным работником, доверять социальному работнику. На встречах социальный работник организовывал проигрывание ролей. Например, предлагалось в качестве игры поменяться ролями невестке и золовке, показать, как бы они себя повели на месте другого. Такая непринужденная форма общения позволяла глубже понять позицию другого, создать почву для установления нормальных взаимоотношений. Встречи с детьми оказали на Ларису сильное воздействие, и после нескольких сеансов она изъявила желание остаться в семье мужа. На встречах социального работника с членами семьи определялись те задания, которые должны были выполняться ими. Задания касались разделения семейных обязанностей между невесткой, золовкой и свекровью, формы их общения в процессе ведения хозяйства. Во время следующей встречи обсуждалось выполнение заданий, анализировались модели поведения каждого члена семьи. Это позволило смоделировать такую семейную организацию с указанием обязанностей и прав каждого члена семьи, четкое соблюдение которых не оставляет места для споров. Иначе говоря, была создана новая система семейных ролей. Кроме того, велась работа и по укреплению семейных ритуалов, которые играют большую роль в укреплении сплоченности семьи.

На протяжении всей работы социальным работником проводились интервью с Ларисой, направленные на достижение большей эмоциональной уравновешенности. Было предложено обратиться за помощью к психотерапевту с тем, чтобы время от времени получать психологическую помощь.

Конечно, нельзя утверждать, что проделанная работа гарантирует нормальное функционирование семьи. Сделаны лишь начальные шаги для нормализации отношений, создания функционально-ролевой структуры семьи. Несомненно требуется непрерывное наблюдение за семьей, чтобы при малейших тревожных сигналах можно было ликвидировать конфликтную ситуацию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Encyclopedia of Social Work, Eighteenth edition, Volume 1 & 2 NASW.
2. David Howe. The Consumers View of Family Therapy. Gower, 1989.
3. Ian R.H. Fallon, Marc Laporta, Grainne Fadden & Victor Graham-Hole, Managing Stress in Families. Routledge, 1992.

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК В БОЛЬНИЦЕ

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, что может быть интерпретировано как стремление к жизни и ощущение своего единства с ней. В достижении этого состояния немалую роль играет институт социальной работы.

Социальная работа исторически ассоциируется с усилиями, направленными на обеспечение общественного равновесия. Она ищет возможности, позволяющие личности через активность, направленную на коррекцию взаимоотношений “личность — социальная среда”, включиться в социальный процесс на макро- и микроуровнях. В этой активности можно разграничить следующие моменты: а) восстановление поврежденных или прерванных интеракций, поиск новых; б) обеспечение рационального использования индивидуальных и социальных ресурсов; в) предупреждение возникновения социального дисбаланса.

Социальная работа в области здравоохранения является специфической областью социальной работы, направленной на разрешение проблем, связанных со здоровьем людей. Активность социального работника здесь нацелена на разрешение или ослабление тех проблем и переживаний человека, с которыми он сталкивается в нездоровом состоянии. К числу этих проблем относятся: изменение жизненной среды,

нарушение распорядка повседневной жизни семьи в связи с болезнью одного из ее членов, изменение статуса и ролевых функций как личности, страдающей болезнью, так и ее окружения.

В системе здравоохранения социальная работа может служить серьезным звеном между врачом и пациентом, помогающим медперсоналу в разрешении тех проблем больного, которые лежат за пределами компетенции медицинского работника. Такими проблемами могут быть, например, “жизненные трудности” пациента, обеспечение адаптационного процесса после серьезных операций или болезней.¹

Другим аспектом социальной работы в здравоохранении может быть предупреждение заболеваний — распространение информации о здоровом образе жизни, планирование социопсихологических мероприятий при создании проектов по здравоохранению.

Задачи социальной работы в области здравоохранения можно сгруппировать следующим образом. Первая группа задач:

1) Нахождение фондов и средств для нужд социальных сервисов. Финансовая необустроенность медицинских учреждений в Армении превращает эту задачу в одну из первоочередных для социальной работы в области здравоохранения.

2) Поиск случаев или выездная работа (Outreach) с целью выявления групп населения высокого риска и соответствующих сервисов, которые могли бы удовлетворять нужды такого рода групп. К группам риска можно отнести детей, страдающих серьезными заболеваниями, особенно терминальными, и их семьи; престарелых и людей с серьезной инвалидностью, особое место среди них занимают одинокие; семьи, члены которых подвержены неминуемому риску поте-

1. Социальные работники, такие как Чарльз Локк, еще в 1885 году отмечали, что в больницах существует потребность в так называемом “координаторе”, который был бы информирован о “немедицинских” методах облегчения состояния больного.

ри здоровья вследствие стрессогенной ситуации; психически нездоровые люди, причем социальная работа в этих случаях направлена на предупреждение ухудшения их состояния, с одной стороны, и облегчение невыносимого напряжения членов семей, имеющих такого рода больных, — с другой.

3) Обучение здоровому образу жизни.

Вторая группа задач:

1) Изучение социально-психологической ситуации клиента — сбор информации о его социальном, психологическом, нравственном, финансовом состоянии и планирование с клиентом действий, направленных на разрешение его проблемы.

2) Вмешательство, или интервенция социального работника, в процессе которой клиенту оказывается помощь по наиболее эффективному использованию своих ресурсов.

3) Защита интересов пациента в клинике и в других учреждениях.

4) Консультации для медицинского персонала о социально-психологической ситуации пациента, о его семье и о том, как он воспринимает свое пребывание в медицинском учреждении.

5) Информирование клиента о существующих социальных сервисах, об агентствах и возможностях получения финансовой помощи.

б) Поиск ресурсов.

7) Исследование и развитие самой социальной работы, ее обобщение и формирование задач, стоящих перед здравоохранением.

Третья группа задач:

1) Исследование проблем, вставших перед выписавшимся

из больницы пациентом и совместное планирование дальнейшего лечения и ухода.

2) Установление связи между службами здравоохранения и находящимися вне ее системы учреждениями.

Осуществление перечисленных задач возможно при наличии определенного статуса медицинского социального работника.

В последние годы изменилось отношение к социальной работе в области здравоохранения. Согласно Фируезу, время, когда здравоохранение относилось к тем сферам, которых будущий социальный работник избегал по мере возможности, прошло. Сейчас студенты социальных факультетов проявляют живой интерес к работе в области здравоохранения. С другой стороны, создание комплекса "социальной консультации" и социальной терапии относится к требованиям, выполнению которых должна удовлетворять оптимальная система здравоохранения. Однако ее резко выраженная иерархическая структура с доминирующей позицией врача все еще затрудняет эффективное включение социального работника.

При выделении функций, прав и обязанностей социального работника в здравоохранении очень важно избегать каких-либо сравнений с другими профессиями и не ориентироваться на врача или на медсестру. Скорее, следует фокусировать внимание на непосредственном разграничении задач, прав и обязанностей самого социального работника.

Для эффективного внедрения социальной работы в здравоохранение необходимо очертить специфику профессиональной деятельности социального работника и объем необходимых знаний.

Отметим, что одно лишь знакомство социальных работников с социально-психологическими аспектами проблемы пациента недостаточно. Для того, чтобы они смогли работать на равных с врачами и с ассистентами, социальные работники должны обладать фундаментальными знаниями в области медицины, владеть медицинской терминологией и

знать важнейшие понятия, которыми оперируют врачи².

Например, социальный работник, который занимается семейной консультацией, должен обладать существенными знаниями в области педиатрии и геронтологии, иметь ориентацию не только на индивидуальную терапию, но и на проведение консультаций, связанных с областью юриспруденции, — защита прав пациента, разрешение проблем, связанных с лишением права материнства и т. д.

Специфические особенности медицинского социального работника могут вытекать также из факта его включения в мультидисциплинарные клинические группы, в которых помимо него работают лечащий врач и медсестра. Причем эти группы не имеют иерархической структуры и покоятся на горизонтальных профессиональных связях.

Социальный работник в этих группах выполняет различные функции.

На этапе диагностики социальный работник может оценить влияние социальных факторов на клиента, что послужит базой для постановки медицинского диагноза.

На этапе лечения социальный работник может внести немалый вклад в выбор наилучшего метода лечения, который очень часто зависит как от медицинских, так и от социальных факторов. Медицинское обслуживание или чисто медицинский подход при лечении может быть неэффективным, если не принять во внимание стиль жизни пациента и потенциальные возможности его социальной адаптации.

На этапе выписки из больницы усилиями социального работника может быть сведено до минимума влияние стрессогенных социальных факторов. Это весьма важно, так как выход из больницы и возвращение к нормальной жизни может быть для пациента нелегким испытанием, особенно в тех случаях, когда он провел длительное время в больнице или в результате болезни обрел инвалидность и теперь сталкивается с серьезными жизненными изменениями.

2. В соответствии с вышесказанным сегодня оказывается широкое содействие развитию "медицины для неврачей", что является радикальным новшеством в 2000-летней истории медицины, монополизированной лишь одним-единственным профессиональным сословием - сословием врачей.

В зависимости от специфики болезни изменяется степень воздействия и необходимость социальной терапии на вышеперечисленных этапах. Например, в некоторых случаях пациенту требуется кратковременное медицинское вмешательство и довольно длительная социальная терапия после выписки. К числу таких случаев можно отнести те, когда пациент получает медицинскую помощь после суицидальной попытки, аборта, алкогольного или наркотического расстройства. Здесь социальному работнику предстоит серьезная работа по предупреждению рецидивов. Процесс работы будет эффективным в том случае, если социальный работник сможет верно оценить обстоятельства и события жизни пациента. В таких случаях нужна довольно тонкая работа и учет опасности стигматизации, которая может привести к ухудшению общего состояния пациента. Для разработки последующих координированных действий социальный работник должен проинформировать лечащего врача, патронажную сестру, имеющий отношение к пациенту медперсонал о его социальном и психологическом состоянии. Такого рода обсуждения способствуют эффективному процессу лечения и реабилитации, а также формированию и поддержанию здоровых взаимоотношений между пациентом и медицинским персоналом. В такого рода случаях особенно эффективно применение в работе гуманистической и экзистенциальной моделей социальной работы.

Гуманизм и экзистенциализм являются по сути способами видения мира и имеют в теории социальной работы особое философское значение. Эти модели базируются на общей идее о том, что человек пытается прочувствовать мир через свой опыт, через свои переживания. В этом контексте социальные работники помогают людям получить навыки, позволяющие познать самих себя и те значения, которые они придают миру, понять в некоторых случаях деформацию в собственном восприятии явлений, в частности тех, которые привели их в состояние аффекта. Все интерпретации, проходящие через собственное восприятие пациента, считаются валидными и применимыми в процессе терапии.

Как и в любой другой области, социальная работа с клиентом в сфере здравоохранения проходит несколько фаз. 1-я фаза может быть названа начальной фазой, или фазой заключения контракта.

В период заключения контракта социальный работник очерчивает свои цели и роль, дает клиенту общую идею о том, каким образом будет осуществляться социальная терапия. Далее происходит процесс установления обратной связи, который поможет социальному работнику выяснить характер восприятия клиентом своих собственных нужд. Рабочий контакт включает в себя совместное структурирование процесса работы, с учетом осознанных нужд клиента и возможностей социального сервиса.

Очень важно, чтобы в начальной фазе клиенту была дана возможность поговорить о тех проблемах, на которые в данном обществе наложены табу, в частности о сексуальных вопросах, о смерти, о проблемах власти и зависимости. Последние очень важны, поскольку при наличии болезни в микроокружении больного происходят серьезные ролевые изменения и неизбежно возникает проблема власти и зависимости.

Процесс начального разговора с пациентом после получения сведений о диагнозе терминального заболевания (онкологические болезни, СПИД и т. д.) имеет свои особенности.

Многие из клиентов сравнивают информацию о своем диагнозе с землетрясением. Эта информация сопровождается серьезным эмоциональным шоком, такого рода больные, получая информацию, встают перед очень многими проблемами и с трудом представляют, что делать дальше.

В такой ситуации характер начального разговора может наложить отпечаток на дальнейшие отношения социального работника и клиента.

Ниже приведена общая структура начального разговора (интервью) социального работника с пациентом, находящимся в больнице.

Социальный работник: "Я понимаю, что сам факт пре-

бывания в больнице для вас не очень приятен. Радикально изменилась ваша повседневная жизнь, вам приходится общаться с новыми, доселе незнакомыми, людьми, у вас возникают вопросы, связанные с протеканием вашей болезни, с рядом новых проблем, которые появились у вас. Если я могу вам помочь, я к вашим услугам. К примеру, если вы не можете понять, что с вами происходит и есть необходимость поделиться с кем-то своими сомнениями, то вы можете вызвать меня. Если у вас возникли трудности во взаимоотношениях с лечащим врачом или вы хотите ознакомиться с вашим диагнозом, вероятно, я могу дать вам какой-то ответ или найти человека, кто сможет это сделать. И еще, если ваша семья или ближайшее окружение беспокоятся о случившемся, я могу поговорить с ними об этом. (Желательно до того, как задается этот вопрос, выяснить некоторые обстоятельства его семейной жизни, а именно: женат, замужем, наличие детей, родителей и т. д.)

Я могу вам помочь разобраться в сложившейся ситуации, запланировать некоторые действия на ближайшее будущее, такие, как возможность воспользоваться тем или иным медицинским обслуживанием, обсудить резонность выбора, предстоящие финансовые расходы, возможные ресурсы, вопросы, связанные с работой, с семьей, близкими друзьями.

Вам станет легче, если вы будете не один (-на) перед лицом возникшей ситуации. И может быть, Вы почувствуете себя менее одиноким. Очень важно контролировать свою жизнь, даже в случае, когда не можете контролировать протекание Вашей болезни. "

Открытый разговор может помочь найти специфические возможности и адекватные ресурсы также в ближайшем окружении клиента для того, чтобы справиться с проблемами.

Очень важно, чтобы форма общения социального работника не была трафаретной и соответствовала бы возможностям вербального общения клиента. В том случае, если нет возможности вербализации происходящего клиентом, применяются ситуативные игры. В процессе игр употребляются предметы, которые могут воссоздать ситуацию, — мягкие

игрушки, куклы. Применение ситуативных игр особенно эффективно в работе с детьми, в случаях, когда клиенту были нанесены сексуальные повреждения.

Важным моментом является конфиденциальность и авторитетность социального работника. Эти два условия можно считать основой процесса заключения контракта, который не ограничивается первым интервью. Обычно клиент проверяет социального работника, выдавая ему информацию или описывая проблему в социально ожидаемом контексте. Тем самым клиент проверяет возможности социального работника и решает вопрос, довериться ему или нет. Таким образом, задачей социального работника в начальной фазе является установление доверительных отношений и динамических интеракций с клиентом, что требует от социального работника серьезных навыков. Поскольку наличие нераскрытой темы затрудняет общение, большое значение имеет способность социального работника завести с клиентом беседу, соприкасающуюся с темой, на которую наложено табу в данном социуме. Заключение контракта является основой эффективного процесса дальнейшей социальной работы.

В средней фазе работы выявляется психосоциальная история клиента — личностные, психологические и социальные факторы, влияющие на ситуацию; рассматриваются потенциальные темы, которые будут затрагиваться в процессе работы, возможности включения ближайшего окружения клиента в разрешение проблемы; разрабатывается предварительная стратегия действий.

Далее, учитывая тот факт, что клиент очень часто использует не прямые способы выражения своих чувств, социальный работник создает ситуацию, облегчающую клиенту задачу описания реальной проблемы. Приоритетным на этой фазе является использование эмпатии, помогающей клиенту поделиться тем, что более всего волнует его. Социальный работник должен также развить у клиента умение быть непосредственным, делиться своими чувствами, особенно когда затрагиваются вопросы, на которые наложено табу.

В процессе работы могут возникнуть некоторые затрудне-

ния, связанные с тем, что хотя личность стремится к развитию и к изменениям, в то же время что-то толкает ее назад, в то состояние, которое более всего ей знакомо. Собственно говоря, именно это противоречие и создает преграды в процессе социальной работы. Его обязательно надо учесть, вовремя распознать и подготовить клиента к тому, чтобы он смог сделать следующий шаг для выхода из двойственного состояния.

Заключительная фаза социальной работы имеет свои особенности. Именно в заключительной фазе, когда клиент чувствует, что взаимоотношения с социальным работником подходят к концу, возникает состояние так называемого “рационального использования времени”. И именно в этот период клиент затрагивает наиболее серьезные вопросы, касающиеся трудно преодолимых для него моментов.

Как правило, начальная и заключительная фаза социальной работы считаются самыми трудными, потому что всегда нелегко строить новые взаимоотношения и прерывать их, какими бы официальными или рабочими они ни были. Независимо от количества проведенных в процессе работы интервью, социальный работник волей-неволей становится “значимым другим” для клиента, тем более, когда является объектом ожиданий клиента и имеет отношения с его социальным микроокружением.

Внезапное, непредусмотренное пресечение отношений может повлечь за собой стрессовое состояние как для клиента, так и для социального работника. Во избежание этого, заранее должно быть обговорено время завершения работы. Кроме того, социальный работник должен вовремя предупреждать клиента о предстоящем завершении работы.

Лоренц Шульман в своей работе “Навыки помощи” отмечает, что иногда очень важно напомнить об окончании взаимоотношений клиент — социальный работник именно тогда, когда процесс работы идет довольно хорошо. Фокусирование на завершении — это откровенный процесс эволюции взаимоотношений.

Основной характеристикой медицинской социальной работы является ее направленность на социальные и эмоцио-

нальные проблемы, связанные с болезнью и лечением, а также на проблемы адаптации пациента и его семьи к новым жизненным реалиям.

Таким образом, эффективность действия системы здравоохранения на сегодняшний день обусловлена переходом от биомедицинской модели здравоохранения к так называемой “социальной”.

Система здравоохранения в Армении обладает высоким потенциалом кадров, осуществляющих профессиональную медицинскую помощь. Реорганизованная система предполагает новую форму взаимоотношений “пациент — система здравоохранения”, в которой важное место должно быть отведено институту социальной работы.

Включение института социальной работы в область здравоохранения является по сути одним из элементов нового подхода, который рассматривает весь комплекс проблем носителя болезни, не концентрируясь только на его заболевании. Нужно отметить, что неудовлетворенность доминантной биомедицинской моделью здравоохранения постоянно возрастает. Критики этой модели предлагают взамен “социальную модель”, которая основывается на новой парадигме здоровья, учитывающей динамические интеракции между индивидом и его окружением. Реализация этой модели затрудняется закрытостью системы здравоохранения, патерналистским характером взаимоотношений “врач — пациент”, которые не оставляют места для эффективного использования внутренних и внешних ресурсов самого больного.

В клиниках Армении уже созданы некоторые локальные подразделения социальной работы. К их числу относится нефрологическое отделение детской республиканской больницы, где организована работа с детьми, страдающими терминальными заболеваниями и их семьями. Здесь проводится также процесс социального обучения. Действие локальных подразделений социальной работы затруднено из-за отсутствия общей систематизирующей структуры, которая могла бы ускорить процесс формирования и профессионализации социальных служб в здравоохранении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. M. Argyle. "Social Skills and Health", Methuen, London and New York, 1981.
2. M. Badavi, B. Blamonti. "Social Work Practice in Health Care", Woodhead-Faulkner LTD, Cambridge, England, 1990.
3. A. Beattie, M. Groot, H. Joones, M. Sidell. "Health and Wellbeing; a reader.", The Macmillan Press LTD, London, 1993.
4. J. Haines. "Skills and Methods in Social Work", Constable, London, 1975.
5. S. Murgatroyd. "Counselling and Helping", British Psychological Society, London, 1985.
6. M. Payne. "Modern Social Work Theory", Macmillan, London, 1991.
7. L. Shulman. "The Skills of Helping". F. E. Peacock Publishers, Inc., Illinois, USA, 1992.
8. J. Spoor. "Terminal Illness; Some Facts and Feelings", Social Work Today, Vol 5, N23, 20.2.75.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ.

Что мы понимаем под термином “психическое здоровье”, кого считать психически здоровым? Дать исчерпывающий ответ на эти вопросы довольно трудно.

Проблема здоровья и болезни, нормы и патологии сложна, границы их условны, что определяется сложностью самого объекта исследования: психики, критериев, которыми определяется психическое здоровье человека.

В клинической психиатрии единственным критерием психического здоровья является отсутствие психического заболевания, иначе говоря категория психического здоровья определяется “негативно”, как следствие отсутствия психопатологических синдромов (симптомокомплексов). Даже при определении нормы и патологии телесного, физического здоровья приходится сталкиваться с большими трудностями, так как определение здоровья и ощущение себя здоровым не одно и то же.

В 1980г. 25 тысячам английских семей был задан вопрос: “Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?” Ответы опрошенных распределились следующим образом: отличное — 31%; хорошее — 34%; удовлетворительное — 21%; плохое — 10%. Ответы на вопрос: “Какие из перечисленных симптомов расстройства здоровья Вы обнаружили у себя?”, свидетельствовали о том, что у опрошенных мужчин обнаружи-

лось три, женщин — четыре с половиной синдрома расстройства здоровья.¹

На вопрос: “Ощущаете ли Вы какую-либо боль или дискомфорт в связи с имеющимися у Вас признаками расстройства здоровья?”, ответили: “нет” — 28% опрошенных, “небольшой” — 39%, “да, достаточный” — 19%, “да, сильный” — 2% опрошенных.

Обычно люди обращаются к врачам в том случае, когда болезненные симптомы достигают определенного уровня и продолжительности и расцениваются как угрожающие. Характерно, что по результатам того же исследования в 56% случаев при наличии симптомов заболеваний люди склонны ничего не предпринимать, 10% просят совета у родственников, 34% обращаются к врачу.

Еще сложнее обстоит дело, когда речь заходит о психическом здоровье. Не совсем здоровые в психическом отношении люди редко обращаются за помощью к специалисту. В Англии по поводу нарушений психики обращаются к психиатру или психотерапевту только 5% нуждающихся в этом. Другие либо самостоятельно осуществляют медикаментозное лечение, либо вообще никакого лечения не получают.

Изучение групп практически психически здоровых показало, что около 50% взрослых имеют один или более симптом психического расстройства, в основном проявляющихся в форме беспокойства — тревоги и депрессии.

Но, как правило, эти люди, не считают себя психически больными, а близкие стараются усмотреть в появившихся странностях признаки изменения характера, капризность и прочее.

С другой стороны, вспоминая эпилепсию у Достоевского, психастению у Дарвина, депрессию у Фрейда и Зошенко, можно допустить, что личностно здоровыми могут быть и люди, имеющие те или иные психические расстройства и даже заболевания.

1. Наиболее часто повторяющимися симптомами были кашель (28%), насморк (27%), ощущение боли в ступнях ног (21%). Вполне очевидно, что большинство этих симптомов не фигурирует в самоотчетах практически здоровых людей.

Для понимания этих противоречивых фактов обратимся к гипотезе психолога Б. Братуся об уровнях психического здоровья. Нижний фундаментальный уровень психофизиологического здоровья определяется, исходя из особенностей внутренней мозговой нейрофизиологической организации психической деятельности. Необходимым условием здоровой психики является нормальное восприятие органов (зрение, слух и т. д.), мышление, память.

Второй уровень индивидуально-психологического здоровья отражает способность человека строить целенаправленную организованную деятельность для реализации своих потребностей и стремлений. В этой деятельности неизбежно отражаются характерологические особенности человека, его социальная компетентность.

Третий, высший уровень — это уровень личностного здоровья, который определяется качеством смысловых отношений человека, иерархией его смысловых ориентаций к миру, себе и своему месту в нем.

“Личностное здоровье — это результат порой мучительного поиска своего подлинного места в жизни и мире, осознание своих уникальных жизненных смыслов и действительных ценностей, преодоление препятствий на пути реализации этих смыслов и ценностей” (Б. С. Братусь, И. Я. Розовский, В. Н. Цапкин, 1988).

При определении психического здоровья, как правило, исходят из сохранности трех критериев:

1. Наличие адекватной реальности “Я-концепции”, “Я-образа”.

Человек не часто спрашивает себя, кто он есть на самом деле. Каждый считает свою личную определенность настолько естественной, что не представляет себе до какой степени то, что он делает (сознательно, а иногда и бессознательно), обусловлено той концепцией, которую он создал о себе самом.

Среди новелл Сервантеса есть рассказ о человеке, который был убежден, что сделан из стекла. Когда к нему приб-

лижались люди, он пронзительно кричал и умолял их держаться подальше, чтобы нечаянно его не разбить. Он ходил по самой середине улицы, с опасением глядя на крыши — не сорвется ли черепица, которая вдруг упадет на него. Однажды, когда оса села к нему на шею, он не осмеливался ни ударить, ни стряхнуть ее из страха, как бы не разбить самого себя. Он отказывался есть что-либо жесткое вроде мяса или рыбы, а ложась спать, заворачивался в солому.

Это наглядный пример того как меняется поведение человека под влиянием созданной о себе концепции.

Как правило, психически здоровые люди позитивно воспринимают себя. Они в состоянии осознавать и признавать свои недостатки, идентифицировать самого себя, ощущать свою индивидуальность. В их сознании существуют воспоминания о прошлом, от которых нельзя избавиться, осознание данного момента и будущего.

2. Умение владеть собой — контролировать свои мысли, чувства и поступки, не поддаваться власти своих влечений, желаний или эмоций, удерживать их в социально приемлемых границах, противодействовать давлению других, уметь налаживать и поддерживать личные взаимоотношения с окружающими, сдерживать срывы, откладывая удовольствия, если это необходимо. Они могут интерпретировать те или иные ситуации и принимать решения с большим шансом на успешный результат, отдавая себе отчет в сделанном, осознавая результат своих действий, прогнозируя будущее.

Если основываться на приведенных выше характеристиках, то одиночество, неспособность любить, цинизм, отсутствие каких-либо целей в жизни, инфантилизм можно расценивать как нарушения психического здоровья, как “психопатологию обыденной жизни.”

“Можно диагностировать перелом ноги, не зная культурной принадлежности пациента, но называть индийского мальчика психопатом, по тому, что он говорит, что имеет видения, в которые верит,—это огромный риск. В своеобраз-

ной культуре индейцев способность к переживанию видений и галлюцинаций рассматривается как особый дар, благословение духов и способность вызывать их умышленно стимулируется как нечто придающее престиж их владельцу. “

При определении психического здоровья в каждом конкретном случае необходимо учитывать этно-культурные особенности, бытующие нравы и стереотипы поведения, возраст, ситуацию. Однако сказанное не дает оснований для отрицания наличия общих критериев, которые определяют психическое здоровье.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ — это состояние человека, способного адекватно отражать окружающий его мир и самого себя, планировать, осуществлять соответствующую деятельность, обладая адекватной эмоциональностью, быть способным преодолеть конфликты и напряжения как внешние, так и внутриличностные, сохраняя при этом определенную степень стрессоустойчивости.

ПСИХИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ, РАССТРОЙСТВА, ПСИХОЗЫ

Все нарушения психического здоровья можно условно разделить на психические отклонения, психические расстройства и психозы.

К психическим отклонениям следует отнести характерологические и поведенческие нарушения, первые из которых проявляются патологиями характера, или психопатиями,* вторые — различными вариантами девиантного поведения.

Различают несколько типов психопатических личностей.

Возбудимые психопаты характеризуются вспыльчивостью, эмоциональной возбудимостью, повышенной готовностью к вспышкам гневного раздражения. По малейшему поводу у

* Термин “психопатия” имеет много синонимов: “патологический характер”, “аномальный характер”, “психопатическая конституция”. Для психопатий не характерны выраженные нарушения психической деятельности, такие как бред, галлюцинации.

них может возникнуть неадекватно сильная злобная реакция, во время которой они не только кричат на окружающих, но переходят и к прямым агрессивным действиям.

ПСИХАСТЕНИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТИ — это люди с пониженной самооценкой, с чувством собственной неполноценности и в то же время самолюбивые, уязвимые и ранимые. Повышенная впечатлительность составляет одну из наиболее типичных особенностей их психики. Особенно плохо чувствуют себя психастеники в новой обстановке, среди малознакомых людей. Они почти всегда пребывают в состоянии эмоционального напряжения и пониженного настроения. Психастеники имеют склонность во всем сомневаться: так ли он поступил, правильно или ошибочно ответил. Они постоянно заняты бесплодной умственной работой — так называемой “умственной жвачкой”.

ИСТЕРИЧНЫЕ ЛИЧНОСТИ. В поведении истеричных психопатов определяющая роль принадлежит эмоциям. Последние — яркие, бурные во внешних проявлениях и вместе с тем крайне неустойчивые и поверхностные. Восторги или огорчения истеричных выражаются в театральных формах — заламывание рук, горячие объятия, отчаянные рыдания, но эти эмоции не имеют глубокого содержания.

Характерной чертой истеричных психопатов является эгоцентризм и постоянное стремление быть в центре внимания окружающих, это люди постоянно “ищущие признания”. Чтобы заинтересовать окружающих, они не останавливаются перед вымыслами, рассказывают необыкновенные истории, в которых они якобы были главными действующими лицами. Увлекаясь своими выдумками, они сами начинают верить в них (“симптом Мюнхгаузена”).

ПАРАНОЯЛЬНЫЕ ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТИ характеризуются склонностью к образованию сверхценных идей. К ним относятся мнимые изобретатели, ипохондрики, патологические ревнивцы. Особенности их личности являются эгоцентризм, повышенная самооценка, недоверчивость и подозрительность, узость интересов и односторонность мышления, малая пластичность психики.

К группе расстройств психического здоровья относятся расстройства эмоциональной сферы — тревога, страх, депрессия; а также неврозы и посттравматические стрессовые расстройства.

Тревога, страх, депрессия — три вида наиболее часто встречающихся эмоциональных расстройств.

Тревога — состояние неопределенного внутреннего беспокойства, напряжения, ощущение надвигающейся угрозы, постоянное ожидание того, что что-то должно случиться. Когда переживание смутного неопределенного беспокойства оформляется и конкретизируется, тревога переходит в чувство страха. Иногда страх приобретает навязчивый характер. Человек может испытывать страх перед высотой, открытым пространством, каким-то заболеванием и т. д. Несмотря на многочисленные варианты навязчивых страхов, по сути своей, в их основе опасение за свою жизнь. Люди, страдающие тревогой и навязчивыми страхами постоянно сосредоточены на них, рассказывают о них, ищут поддержки и сочувствия. Они испытывают острую потребность, чтобы близкие люди и врачи были осведомлены об их опасениях и при необходимости могли бы оказать помощь. Формы проявления этого состояния зависят от особенностей личности, типа ее нервной системы, страх может выразиться в озабоченности, напряжении, возбуждении или, наоборот, в оцепенении.

Одной из самых специфических формул страха является паника, которая сопровождается сужением сознания, максимальной концентрацией внимания на объекте страха, “вихрем движений”, подчас нецеленаправленных. Охваченный паникой человек несетя порой, не разбирая куда и может навредить себе. “Я так мчался домой со страху, что ворвавшись в квартиру перевернул стоящий на дороге стул, упал, разбил лицо и сломал ногу”, -- рассказывает пациент.

Страдающие тревогой и навязчивыми страхами видят мнимые опасности там, где их вовсе нет. Переживания эти могут быть эпизодическими или являются началом и проявлением длительных невротических или психотических расстройств.

Кроме психологического и психопатологического компонентов эти переживания сопровождаются телесными симптомами — повышением потливости (особенно ладоней, подмышек, ступней), расширением зрачков, учащением пульса, подъемом кровяного давления, дрожью. Например, больной со страхом какого-либо заболевания, ощутив естественные телесные проявления самого страха и не понимая их происхождения, приходит к ложному умозаключению о наличии у него какого-то заболевания, что в свою очередь усиливает тревогу и страх. Так происходит самогенерация тревоги и страха, приводящая к панике.

ДЕПРЕССИЯ. Депрессией называется комплекс отрицательных эмоций, связанных с чувством страдания (унынием, тоской, отвращением к чему-либо или внутренним неприятием какой-либо ситуации) и проявляется подавленным настроением, замедленным мышлением, речевой и двигательной заторможенностью. Как неперенный компонент присутствует чувство вины и идеи самообвинения, что нередко приводит к мысли о самоубийстве и попыткам самоубийства. Как правило, в структуру депрессии как ее неотъемлемая часть входят симптомы вегетативной дисфункции и функциональные нарушения внутренних органов: потеря аппетита и похудение, запоры и т. д.

Неврозы, как и психопатии, входят в “малую” психиатрию, в отличие от психозов (шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз, алкогольные психозы), составляющих часть “большой” психиатрии.

Современная классификация неврозов основана на клинических проявлениях болезни. Выделяют три основных вида неврозов: неврастения, истерический невроз и невроз навязчивых состояний. Кроме этого, описана картина невроза страха и депрессивного невроза.

НЕВРАСТЕНИЯ — одна из наиболее распространенных форм невроза. Она характеризуется раздражительностью, эмоциональной неустойчивостью, упорной бессонницей, снижением работоспособности, головными болями, сердцебиением и непереносимостью громких звуков, резких запахов.

ИСТЕРИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ проявляется большим разнообразием клинической картины, за что истерия получила название — “великая симулянтка”, “хамелеон”. Проявляется она несколькими группами симптомов: соматическими расстройствами — икота, рвота, одышка, отказ от еды; возможны болевые синдромы, имитирующие различные заболевания внутренних органов, а также истерическая глухонмота, спазм век, слепота, параличи и парезы, неспособность стоять и ходить. Все вышеперечисленные расстройства не имеют в своей основе органического поражения нервной системы и носят функциональный (т. е. преходящий) характер.

НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ проявляется в возникновении вопреки желанию больного навязчивых мыслей, воспоминаний, действий, движений, страхов. Частыми проявлениями этой формы невроза является тревога и навязчивый страх заболеть неизлечимой болезнью, страх смерти. Несмотря на явную беспочвенность возникающих навязчивых состояний, больной не может освободиться от них усилиями воли.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА сравнительно недавно включены в классификацию психических нарушений. Для диагностики этого расстройства необходимо наличие в жизни человека сильных эмоциональных потрясений (стресса), которые чаще всего возникают во время войн, природных и технических катастроф, актах насилия и пытках и т. д.

Третью группу психических нарушений составляют психозы.

Психозами называются выраженные формы психических нарушений, при которых психические реакции грубо противоречат реальности, что отражается в расстройстве отражательной деятельности, дезориентации, в появлении несуществующих видений (галлюцинаций), ложных умозаключений (бредовые идеи) и дезорганизации поведения.

К основным психозам относятся шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия. Психоз может раз-

виваться на почве алкоголизма, наркомании, атеросклероза и травмы головного мозга.

Чаше всего психозы принимают затяжное хроническое течение, приводя в определенном проценте случаев к снижению интеллекта, обеднению эмоциональной жизни, снижению волевой активности и, в конечном итоге, к развитию слабоумия.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Следует отметить, что психиатрия—первая из медицинских специальностей, оценившая вклад социальной работы в силу специфики своего предмета. Состояние психики — наиболее сложный и интегральный показатель человеческого здоровья, и для ее понимания необходим комплексный подход, которым сама психиатрия, как область медицины, не владеет.

Психиатрический диагноз преимущественно описательный, ставится фактически по эмоциональным и поведенческим проявлениям пациента в общении. Психиатры до сих пор не могут провести четкую границу между эндогенными (организменно обусловленными) и функциональными (экзогенными, социально обусловленными) психическими расстройствами. Поэтому психиатрия больше, чем любая другая медицинская специальность, заинтересована в “психосоциальном материале”, который она получает от социального работника.

Далее, в процессе лечения, участие социального работника возрастает пропорционально уменьшению доли медикаментозного лечения, и чем ближе выписка больного из стационара, тем больше акцент переносится на социальные факторы исцеления. Окончательная цель лечения психического больного заключается в его реадaptации к социальной среде и восстановлении его способности конструктивно и целенаправленно изменять ее. “Социальный работник должен действовать как звено связи между стационаром и вне-

шним миром и обеспечить, чтобы польза принесенная в палатах больницы не была сведена на нет в первые же недели после возвращения пациента домой” (I. M. Cannon, Social Work in Hospital, 1923).

Об объективной необходимости успешного сотрудничества психиатра и социального работника свидетельствует и то, что на стыке психиатрии и социальной работы возникла новая область здравоохранения — социальная психиатрия.

Сутью этой части социальной работы является понимание и использование позитивного вклада социальной среды в душевное и физическое состояние пациента.

Социальный работник продолжает “вести” пациента и после выписки из стационара, облегчая его социальную ре-адаптацию и, где возможно, адаптируя условия среды к его потребностям, изменившемуся социальному статусу. В работе с бывшим пациентом психиатрического стационара центр тяжести переходит с индивидуальной психотерапии на семейную: на консультирование, помощь в трудоустройстве, налаживание связей пациента с нужными институтами, структурами, на адвокатскую деятельность.

Наконец, третья область сотрудничества психиатра и социального работника — это социальная гигиена и профилактика психических расстройств. В этой области наибольшее значение приобретают общинные методы социальной работы. Социальный работник может, мобилизуя социальные ресурсы микроокружения, осуществлять превентивную (профилактическую) работу с проблемными семьями, трудными подростками, предупреждая развитие, обострение и рецидивы психических расстройств.

В разных странах права и обязанности социального работника распределены по-разному. Отсутствие единой точки зрения обусловлено во многом различиями базового образования, которое получает социальный работник в той или иной стране.

В Америке, получив степень бакалавра по психологии и социальной работе, учащийся, проходит двухлетний курс профессиональной подготовки, получая затем степень маги-

стра социальной работы. В течение двух лет он изучает учреждения и ресурсы общества, всевозможные стрессогенные факторы: бедность, предрассудки, бытующие морально-нравственные нормы и представления и т.д. Особое внимание уделяется причинам психических расстройств, в частности, учению Фрейда и семейным проблемам.

В клинике студент изучает практику лечения больных под наблюдением своего преподавателя и медицинского персонала. В тех странах, где ведущим в терапии психических расстройств является психоанализ, социальный работник сам нередко проходит психоанализ, чтобы лучше осознать действие своих собственных побуждений и эмоций, справляться со своими собственными психологическими проблемами, которые могли бы помешать ему в работе. После этого будущий социальный работник должен работать два года под наблюдением старшего психиатрического работника и психиатра. И только после этого он может быть избран членом Академии дипломированных социальных работников. В дальнейшем социальный работник в течение трех лет участвует в семинарах повышения знаний, регулярно консультируется по вопросам психиатрии и только после этого он может приступить к самостоятельной работе, заниматься частной практикой.

Получив такое фундаментальное образование в области психического здоровья, социальный работник может осуществлять в домашних условиях наблюдение за теми больными, которые выписались из психиатрического стационара. Целью социального работника в этом случае будет реадaptация больного. Ниже описан приводимый в американской литературе случай успешной реадaptации ветерана вьетнамской войны с посттравматическим стрессовым расстройством. Работа проводилась социальным работником, специализирующимся в области психического здоровья (T.Miller, 1987).

Клиент — мужчина. 33-х лет, женат, обратился к социальному работнику по поводу своего поведения, которое изменилось под постоянным воздействием на него картин-во-

споминаний, увиденных им во время Вьетнамской войны.

До призыва в армию он был служащим компании, специалистом по электронике. Зачислен на службу в возрасте 18-ти лет и служил во Вьетнаме как пехотинец. В течение 26 месяцев, в проведенных в зоне боевых действий, подолгу находился в засаде, производил обыски, ему приходилось уничтожать, убивать, разрушать. Неоднократно участвовал в карательных операциях. После Вьетнама один год служил в качестве военного атташе и инструктора в группе подготовки молодых солдат для службы во Вьетнаме.

Именно в это время впервые почувствовал беспокойство, внутреннее напряжение, появилось расстройство сна, ночные кошмары, тревожность. Во время бессонницы или поверхностного сна появлялось ощущение, будто он опять во Вьетнаме. Окружающие его люди, ландшафт, звуки могли вдруг вызвать у него непреодолимое ощущение того, что он опять на войне, участвует в сражении. Это случалось дома, на улице, повсюду и вызывало беспокойство, сопровождающееся тревогой и страхом, так что он боялся потерять контроль над своими поступками.

Пациент обратился к врачам, и ему были выписаны успокаивающие медикаменты, рекомендована индивидуальная психотерапия.

Психотерапия длилась 24 недели. Первым шагом было психодиагностическое тестирование, которое выявило трудности в межличностных отношениях, чувство вины у клиента, склонность к агрессивному поведению, кошмарные сновидения, расстройства сна и повышенную чувствительность к звукам.

ЛЕЧЕНИЕ. Программа лечения была разделена на четыре этапа.

Первый этап. Акцент ставился на систематическом обучении пациента мышечной релаксации и снятию навязчивых воспоминаний.

Этот этап включал в себя вызывание “травмирующих образов”, чередующихся с “нейтральными”, включение этих

образов в структурные сцены. Так как у пациента навязчивые воспоминания включали наступление гусеничных военных машин, сцены засады, снайперов, “вражеский огонь” и т. д., был применен метод ограничения времени для психотравмирующего образа. Как только пациент усилием воли вызывал психотравмирующее событие, что сопровождалось изменением выражения лица, учащением дыхания, общей напряженностью, психотерапевт переключал его внимание на нейтральный образ с последующим мышечным расслаблением.

Второй этап. Акцент ставился на познавательную оценку факторов, вызывающих навязчивые воспоминания, которые подразделялись на три категории:

1. Косвенные провоцирующие сигналы, например, услышанные обрывки речей, подзаголовки новостей, которые могли вызвать воспоминание.

2. Мысли, относящиеся к войне и к воинской службе.

3. Пугающие кошмарные видения психотравмирующих ситуаций.

Схема действия этих факторов была примерно следующей: косвенные сигналы, к которым были отнесены, например, слова, газетные подзаголовки, отражающие криминальные события (убийства, транспортные аварии), служили началом цепочки воображаемых событий. Слово “вертолет” ассоциировалось с вертолетами-бомбардировщиками, младенцы в люльках, пакеты, которые несли люди, воспринимались пациентом как ловушки (взрывчатка). Провоцировал воображение также ряд других обстоятельств, например, пациент увидел разносчика молока, выходящего из-за угла с ящиком молока.

Реакция: подумал, что это вьетнамец с ящиком взрывчатки.

Появившаяся мысль: убить его до того, как он убьет меня. Я боюсь его.

Убеждающая мысль: этот человек - вьетнамец, так как он в черной форме, небольшого роста и несет что-то. Я не могу доверять ему.

Эмоциональная реакция: напряженность внутренняя и мышечная, готовность атаковать, нападать, растерянность — не знает, кто враг, а кто нет.

Терапевтическая работа включала познавательную дискуссию, которую специалист обучал вести больного. Поощрялся следующий монолог больного:

Где я? Я около машины с молоком, в США, а не во Вьетнаме. Кто он? Не похоже, чтобы человек, которого я вижу, был вьетнамцем со взрывчаткой. Что я делаю? Я остановился, чтобы взять бутылку молока по дороге домой.

Почему у меня возникла такая мысль? Вьетнам был для меня очень травматичным, и я стал очень чувствительным к людям, к природе, к шуму. Я все еще ношу все это в себе. Сейчас, когда я снова в США, мне не стоит быть столь чувствительным и осторожным к таким вещам, хотя я часто вспоминаю о войне. Чем больше я буду полагаться на свою сознательность, понимание ситуации, чувств, моих убеждений, тем больше и легче я смогу контролировать себя.

Третий этап. На восьмой неделе к психотерапевтической работе подключилась жена клиента с тем, чтобы помочь ему дома во время реализации познавательной дискуссионной модели. В работе с женой было выявлено несколько психологических подкрепителей его навязчивых воспоминаний и мыслей, которые были связаны с поведением жены.

Пример: жена чаще всего отговаривала пациента от просмотра телевизионных новостей, так как он расстраивался, когда видел истории о насилии, убийствах, и она боялась, что он может потерять контроль над собой.

Было предложено пациенту смотреть телепередачи — все, какие ему захочется и когда захочется с тем, чтобы просматриваемые картины насилия и убийства затем дискутировались с участием жены, используя тот метод, которому он был обучен на сеансах.

Другим фактором, вызывающим наплыв образных воспоминаний, был ландшафт, заросший кустарником. Пациент был одержим манией проверки, нет ли за кустами притаившихся людей или взрывчатки. Он знал, что за кустами не

было людей, но ничего с собой поделывать не мог. Во Вьетнаме он служил постовым на дороге. Малейшее внезапное необъяснимое движение, попадающее в поле его зрения, приводило его в напряженное состояние.

Совместно с психотерапевтом была разработана десенсибилизирующая дискутабельная модель для этой группы мыслей. Основные ступени сводились к следующим четырем вопросам — разъяснениям самому себе.

1. *Сосредоточиться на мысли “Где я нахожусь?”, — ответ: “Я в городе, у себя дома”.*

2. *Кто я такой? “Я — Джек, живущий в городе, я педагог, а не пехотинец во Вьетнаме.”*

3. *Что я делаю? “Я смотрю телевизор, вижу места, где я раньше бывал. Сейчас я дома вместе со своей женой, смотрю телевизор и вижу все это по телевидению.”*

4. *Во Вьетнаме у меня порой возникали сомнения: кто я? просто гражданское лицо или армейский пехотинец? Теперь, когда я не во Вьетнаме, а дома, у себя на родине, меня эти вопросы не должны беспокоить.*

В этой дискуссии принимала активное участие его жена, объективно подтверждая и закрепляя мысли, что он дома, а не во Вьетнаме.

Четвертый этап. С 12-ой по 24-ую неделю. Акцент ставится на саморелаксации и закреплении самоуправления. Пациент произвольно вызывает психотравмирующие образы-воспоминания, затем пользуется трафаретом познавательной дискуссии с самим собой с последующим мышечным расслаблением.

Цель всего сеанса терапии сводится к переучиванию пациента: от избегания психотравмирующих ситуаций к обладанию ими, к самоуправлению эмоционально-аффективной сферой и самоконтролю.

После 24-недельного систематического курса лечения пациент был направлен в амбулаторное отделение клиники

психического здоровья для коррекции возникавших проблем. Этап самоуправляющей фазы лечения был продлен до 40 недель.

Во время сеансов обучения просматривал кадры с гражданскими вертолетами, десенсибилизируя себя к гражданским вертолетам и их звукам.

У него были навязчивые действия при звуке самолета или вертолета: пациент прикрывал глаза предплечьем, смотрел украдкой, как бы защищаясь от направленного на него удара. Спустя четыре недели эта защитная ритуализация значительно уменьшилась.

Особенно возросла самооценка, когда пациент почувствовал уверенность в своих возможностях управлять собой в стресс-провоцирующих ситуациях.

Таким образом, применение разработанной десенсибилизирующей модели с акцентом на познавательную психическую активность, привели к значительному уменьшению у пациента навязчивых состояний, повышению чувства уверенности и улучшению самоконтроля.

В конце несколько слов об особенностях взаимодействия социального работника с возможными участниками процесса реабилитации людей с измененной психикой.

Результаты лечения зависят прежде всего от эффективного взаимодействия социального работника с психически уязвимым лицом и его семьей. Особое значение имеют при этом личностные качества самого социального работника, его установки в отношении клиента и своей профессиональной роли. Наличие невротических особенностей у социального работника может стать причиной отчужденности и непонимания проблем пациентов, их семейной и служебной ситуации. Еще хуже, если социальный работник, в силу особенностей своей личности, сам станет источником дополнительных проблем. Так, работник с внутриличностными конфликтами, смутным страхом, комплексом неполноценности, может усугубить состояние того, с кем он имеет дело. В этом случае самоанализ, критическое отношение к себе, коллегиальность послужат лучшим гарантом того, что не будет профессиональной ошибки.

Для достижения результата социальный работник должен работать с семьей и микроокружением больного, объединять их в группы поддержки пациента.

Специально хотелось подчеркнуть, что специалисты, работающие в области психического здоровья, вправе отказаться от выполнения распоряжений, указаний и приказов вышестоящих должностных лиц, если эти указания вступают в противоречие с нравственно-этическими принципами и с законодательством о защите прав психически больных людей.

Итак, социальная работа в области психического здоровья сколь сложна, столь и ответственна. Она будет продуктивной только в том случае, если социальный работник, кроме специальных знаний, будет обладать знаниями в области правовых норм и законодательства страны, в которой живет, владеть всем объемом необходимой информации, в том числе о лечебных и реабилитационных учреждениях, об институтах здравоохранения и социального обеспечения. Но самое главное — верить и стремиться к успеху в деле социальной реадaptации людей с проблемами психического здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грей Уолтер. Живой мозг. Москва, 1966.
2. Карл Г. Юнг. Архетип и Символ. "Ренессанс" СП "ИВО-Сид", 1991.
3. Зигмунд Фрейд. Сновидения. Адама-Ата, 1990.
4. И. Харди. Врач, сестра, больной. АН, Венгрия, 1981.
5. Социальная работа, вып. N 2, Москва, 1992.
6. Социальная работа, вып. N 3, Москва, 1992.
7. Зигмунд Фрейд. Психология бессознательного. Просвещение, 1989.
8. Эрик Бери. Введение в психиатрию и психоанализ. С.-Петербург, 1991.
9. Социология, ИКА "ТАЙМ-АУТ", С.-Петербург, 1993.
10. А. С. Татевосян. Тактика психиатра по ведению лиц, совершивших попытку к самоубийству. Метод. реком., Ереван, 1988.
11. А. С. Татевосян. Труды Института психического здоровья и реабилитации. "СТРЕСС", Ереван, 1995.

12. А. Свядош. Неврозы. "Медицина", Москва, 1982.
13. О. В. Кербиков, М. В. Коркина и др. Психиатрия. "Медицина", Москва, 1968.
14. А. А. Кирпиченко. Психиатрия. "Высшая школа", Минск, 1984.
15. Карен Хорни. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ, "Прогресс" "Универс", Москва, 1993.
16. Т. Шибутани. Социальная психология. "Прогресс", Москва, 1969.
17. Майкл Аргайл. Психология счастья. "Прогресс", Москва, 1990.
18. Robert L. Barker. Social Work, Dictionary, National Association of Social Workers, Silver Spring, Maryland.
19. Dunnell and Cartwright, 1972.
20. Bozkman and Syme - Social Networks, Host Resistance and Mortality: a Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents, Amer. J. of Epidemiology, 1979, 109, 186.
21. Thomas Müller, Donald Feiberman. Obsessional thought disturbance in a Zainfully Employed PTSD Patient, 1987.

Глава IV. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА И ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

НАРКОМАН: ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАДАПТАЦИИ

Значительная распространенность злоупотребления алкоголем и наркотиками, расширяющийся диапазон их вредного влияния на здоровье человека и на жизнь общества в целом определяют все возрастающий интерес к изучению наркомании — одной из самых актуальных проблем современности. Ученые и общественность многих стран оценивают растущее злоупотребление спиртными напитками и наркотиками как национальное бедствие, коллективное самоубийство, путь к катастрофе человечества и т. д. По данным ВОЗ, алкоголизм и связанные с ним заболевания, в качестве одной из причин смертности населения, уступают лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям.

Наркология в современном понимании — отрасль медицинской науки, изучающая проявления, причины возникновения, методы предупреждения и лечения алкоголизма, наркомании и токсикомании. В наркологии, как в никакой другой научно-практической дисциплине и сфере профессиональной деятельности, медицинские, биологические факторы переплетаются с психологическими, социальными, правовыми.

Происходящее в течение последних лет ухудшение социально-политических условий жизни населения, а также более открытое освещение проблемы наркомании в связи с демократизацией общества заставляют наркологов переосмыслить свои задачи, права и ответственность и перенести фокус работы с непосредственного лечения пациента на изуче-

ние его социальной среды, влияния окружения на поведение больного, поиск путей привлечения ресурсов извне в процесс выздоровления и, самое главное, создание способствующего выздоровлению микроклимата в клинике, а после выписки и в ближайшем окружении пациента. Реализация значительной части этих задач является прерогативой социальных работников и служб психологической реабилитации (кабинет социально-психологической помощи, кабинет семейной терапии, кабинет консультативной помощи и др.).

Прежде чем перейти к освещению стратегии вмешательства социальных работников, проанализируем причины, предпосылки и факторы распространения наркомании и алкоголизма.

Алкоголизм, наркомания и токсикомания достаточно четко разграничиваются. Они обусловлены самостоятельными этиологическими факторами, собственным патогенезом. Алкоголизм, наркомания и токсикомания имеют много общих механизмов формирования, схожих синдромов, но в то же время, свои особенности и закономерности развития.

В последние годы за рубежом оживилась дискуссия о природе наркомании, ее лечении и о том, существует ли генетическая предрасположенность к алкоголизму и наркомании. В статье "Личность алкоголиков" К. Леонгард изложил свой взгляд на связь между алкоголизмом и свойствами личности. По его мнению, только 1/3 всех алкоголиков обладает психопатическими или асоциальными чертами личности.

Важным фактором вовлечения человека в пьянство является тенденция действовать под влиянием ситуации. Это усиливает риск стать алкоголиком для сверхоживленных экстравертов, эмоционально неустойчивых личностей, у которых под влиянием алкоголя резко повышается настроение; безудержных личностей, с внезапным немотивированным изменением настроения и склонных к необдуманному поступкам; демонстративных личностей, склонных к употреблению алкоголя в присутствии значимой аудитории и приему лекарственных средств при симулиро-

вании симптомов какой-либо болезни. (К. Леонгард, 1971)

Можно отметить общую для всех выделенных типов ведущую черту — их поведение определяется в большей степени внешней ситуацией, или внешним локусом контроля¹.

Социологические исследования показывают, что социально-культурный контекст представляется не только ключом к пониманию проблемного пьянства индивида, но и властной силой в социализации его алкогольного поведения.

В армянской национальной традиции потребление спиртных напитков, в силу примата ценности семейных и родственных связей, нацелено не только на достижение душевного комфорта, но и на демонстрацию гостеприимства, установление и поддержание формальных и неформальных социально значимых отношений.

О существовании культурных различий в феномене пьянства свидетельствуют многие факты. Так, проявления расстройственного, распущенного поведения пьяных зависят от культурной интерпретации последнего ближайшим социальным окружением. Например, “кураж” пьяного в кругу семьи может моментально смениться робостью и даже угодливостью при появлении значимого для него лица (начальника, представителя власти).

Дискуссия о природе и формах алкоголизма на деле была ни чем иным как поиском наиболее эффективного пути лечения — коррекции поведения.

1 — лечебный подход рекомендовал полный отказ от употребления спиртного.

1. Понятие “локус контроля” ввел американский психолог Дж. Роттер, который предложил различать людей в соответствии с тем, где они локализуют контроль над значимыми для себя событиями. Он выделил два противоположных типа такой локализации: интернальный и экстернальный. Человек с интернальным (внутренним) локусом контроля считает, что происходящие с ним события прежде всего зависят от его личных качеств (компетентность, целеустремленность и т. п.). Во втором же случае человек убежден, что его успехи и неудачи являются следствием влияния внешних сил (везение, случайность, окружающие) и не зависят от его личных усилий, намерений, способностей (А. Бодалев, В. Столин, 1987).

То, что алкоголизму подвержены в большей степени экстерналы, подт-

2 — поведенческо-когнитивный наиболее эффективным считал контролирование самим пьющим употребления алкоголя.

Представители этих подходов были едины лишь в том, что самым опасным в динамике алкоголизма является срыв, рецидив. Клиницисты, сторонники медицинской модели, утверждали — и в этом основной аргумент в пользу абсолютного воздержания, — что первый же глоток после курса лечения ведет к рецидиву. Цифры, полученные американским врачом Vaillant (1983) свидетельствуют, что только 5 из 100 алкоголиков после традиционного антиалкогольного лечения не имели рецидива в течение последующих 4 лет. Ввиду этого оптимальной целью терапии становится минимизация вероятности рецидива. Отметим, что последнее отлично от цели “излечения от алкоголизма” и, следовательно, больше поддается операционализации в терминах конкретных мер. Такими мерами могут быть полный отказ от алкоголизации и контролируемый прием алкоголя. Оказалось, что нет абсолютного критерия пригодности того или другого средства. Есть данные, что полное воздержание с большей вероятностью ведет к рецидиву у одиноких мужчин до 40 лет, так как противоречит всему стилю их жизни. Более того, Vaillant обнаружил, что у алкоголиков в состоянии абстиненции (полного воздержания) часто формируются другие

верждает и D. Rohsenow: “все исследования... обнаружили, что алкоголики и проблемные пьяницы более экстернальны в локусе контроля, чем проблемные” (цит. по S. Peele, 1984).

С другой стороны, многие авторы предполагают и влияние физико-психической предрасположенности к алкоголизму. Так, не всякий регулярно пьющий человек становится алкоголиком. И К. Леонгард и D. Goodwin отмечают эндогенную психобиологическую мотивацию к алкоголизму. “Наркотики, как и алкоголь, приводят к синтезу эндогенных морфинных препаратов”, что активизирует систему положительного подкрепления (D. Goodwin, 1979).

Другая часть исследований подчеркивает важность социального контекста, в котором развивается алкогольная “карьера” выпивающего. Так, социологи D. Cahalan, R. Room (1974) пришли к выводу, что проблемы выпивающего в большей степени определяются актуальной социальной средой.

навязчивые действия, а также, по свидетельству ряда авторов, страхи, напряженность и чувство неуверенности в себе (Б. Карвасарский, 1985), тогда как у контролирующих себя пьющих этого не отмечается.

Наконец, исследование К. Sobell убедительно показало, что в целом индивиды, сами контролирующие свое поведение пьют умереннее, воздерживаются чаще и в результате у них реже случаются рецидивы, чем у придерживающихся полного отказа.

С другой стороны, приверженцы поведенческо-когнитивной модели алкоголизма убеждены, что только ожидание желаемых эффектов от приема алкоголя (увеличение сексуальной потенции, снятие напряжения, уменьшение самосознания) и в особенности Я-концепция определяют поведение алкоголика после первого глотка алкоголя. Я-концепция, означающая "Я-больной" отрицательно влияет на развитие алкогольного поведения. Алкоголики, знающие, что после первого глотка у них нет иной альтернативы, чем начать снова пить, с большей вероятностью подчиняются этому ходу событий.

Исследования показали, что если вопреки предписанному врачом воздержанию, алкоголики выбирали контролируемый прием алкоголя, они действительно пили умеренно и наоборот, те, кто после контролируемого приема сознательно и самостоятельно выбирали воздержание, демонстрировали успешное выполнение принятого решения.

Не менее важной проблемой является злоупотребление наркотическими веществами и другими одурманивающими средствами, которое, несмотря на применяемые мировым сообществом меры, широко распространено. Незаконное производство, продажа наркотиков, а также злоупотребление ими сопровождаются противоправными действиями, создают угрозу для здоровья и жизни людей. Вследствие антисанитарного внутривенного введения наркотиков распространяется вирус ВИЧ, растет число детей с тяжелыми заболеваниями и серьезными умственными и физическими недостатками.

В отношении наркотической и лекарственной зависимости также имеются данные о перемежающейся природе поведения наркомана и токсикомана. Бихевиоральный подход настаивает на роли мотивации в повторном применении наркотиков и одновременно подчеркивает, что эпизодическое применение наркотиков не приводит к зависимости (S.Peele, 1984). “Фактически наркоман редко отмечает физический дискомфорт или необычно сильное желание как причину рецидива” (там же). Вопрос в том, почему напоминание о наркотиках и их действии может провоцировать их употребление (Siegel, по Peele, 1984). Дело, как правило, не в физической зависимости, а в мотивации, в эмоциональном эффекте наркотика, особенно после стресса или социального давления. D. Goodwin объясняет это просто: “Человек никогда не чувствует себя лучше тогда, когда он чувствовал себя хорошо после того, как он чувствовал себя плохо”. В этом отношении наиболее уязвимыми являются подростки с их психофизиологическими особенностями.

Мировая практика показывает, что установки на употребление наркотиков в основном закладываются в подростковом возрасте. Зарубежные исследователи, в частности, подчеркивают, что на современном этапе проблема наркомании должна рассматриваться преимущественно как проблема подростково-юношеского возраста.

В социологических исследованиях и биографиях наркоманов бросается в глаза, что основной возраст начинающих незаконно употреблять наркотики примерно 16 лет. Это, как правило, объясняется кризисом идентичности личности, смятениями и фрустрациями при половом созревании. Однако при более пристальном рассмотрении истинным ядром кризиса представляется то, что в возрасте от 14 до 16 лет несовершеннолетние покидают или же готовятся к тому, чтобы оставить два относительно надежных места — семью и школу. В 16 лет для преобладающего большинства несовершеннолетних начинается “настоящая жизнь”, поиск места учебы, профессионального образования, работы. Этот процесс во всех случаях достаточно проблематичен. Какую изб-

рать профессию? Следовать склонностям или способностям? Прислушаться к совету других или продолжать семейную традицию? Это те вопросы, в ответах на которые никто реально помочь не может. Недостаточная подготовленность к профессии, ее неправильный выбор или отсутствие возможности выбора — вот проблемы, с которыми сталкиваются несовершеннолетние, окончившие школу. Неопределенность статуса, в котором ребячество уже недопустимо, а взрослость еще неуважаема — это тот психосоциальный опыт, который сопровождает завершающий этап детства. Употребление наркотиков в этой жизненной ситуации — лишь одна из многочисленных форм взросления. Но для того, чтобы пристраститься к потреблению наркотиков, необходимо наличие специфических условий:

— предложение наркотиков, т. е. субъективный или объективный интерес извне, делающий доступными наркотические вещества. По сути, новичок самостоятельно не решается приобрести наркотики, но только реагирует на предложение;

— для первого употребления наркотиков в окружении подростка должен иметь место пример, который служит обучающей моделью для передачи необходимых знаний и навыков. Эта модель, как правило, демонстрирует положительную перспективу употребления наркотиков;

— потребление само должно быть направлено на формирование положительного эмоционального состояния или на нивелирование отрицательных эмоций, по крайней мере, на время потребления; если это произошло, каждая ситуация, в которой желанны положительные эмоции или нужно избежать отрицательных эмоций, будет побуждать к повторному приему наркотиков.

Иначе говоря, без доступности наркотиков, без обучающей модели (будь то в действительности или в мнимом мире попидола), без желанного действия наркотика пристрастия к наркотикам не сформируется.

К каналам введения какого-либо нового наркотика обычно относится и ритуал. Так, экзотические наркотики утверждались на рынке в сочетании с ситуациями, полными экзотических соблазнов: потребление гашиша сопровождалось курением благовонных веществ, светом свечей и чаепитием, сюда же относятся индийская одежда и специальная утварь. Таким образом, общая ориентация в молодежных группах на необычные аксессуары, может неожиданно перейти в ориентацию на потребление наркотиков.

Особое значение для начала наркокарьеры имеет референтная группа. Колоссальную роль в этом играют группы сверстников или чуть более старших лиц, опыт и мнение которых подросток считает более важным, чем мнение родителей и учителей. Если же внутри выбранной группы есть опыт употребления наркотиков, то это становится частью групповой деятельности: принадлежность к группе и воздержание от наркотиков исключают друг друга. Новый член должен доказать свою принадлежность к группе, употребляющей наркотики, участием в совместном их употреблении. В подобных группах поводом к употреблению являются не только какие-либо торжества (как это происходит с алкоголем — общественно-интегрированным наркотиком), но и просто встречи членов группы. Это относится и к партнерским отношениям между молодыми людьми, при которых сначала только один из партнеров является потребителем наркотиков, однако он, в конце концов, втягивает и другого в надежде на углубление отношений.

Из факторов среды можно отметить также становящуюся все более агрессивной технику торговцев наркотиками, которые “фиксируют” юношей и девушек при посещениях ими дискотек или склоняют к потреблению наркотиков непросвещенных детей.

В биографиях наркоманов обычно имеется множество указаний на то, почему именно тот или иной человек принял предложение или соблазн среды. Знакомство со многими биографиями позволяет конкретизировать факторы, которые способствуют приобщению к наркотическим веществам.

вам в подростковом возрасте. К их числу относятся:

-- наличие обучающей модели в ближайшем социальном окружении ребенка. Если, к примеру, отец — алкоголик или мать злоупотребляет медикаментами, то это служит для ребенка примером, даже если он, как бы протестуя, обращается к иным наркотикам;

-- склонение детей к употреблению наркотиков в семье. Многие родители по поводу семейных праздников дают своим детям еще в самом раннем возрасте алкоголь и радуются его воздействию. В последнее время увеличивается число родителей, которые дают своим детям успокоительные или возбуждающие лекарства в качестве “интеллектуальных пилюль” для того, чтобы они могли лучше учиться;

-- всеобщее либеральное отношение к употреблению наркотиков при все возрастающем удовлетворении потребностей внеличностными средствами. Современная цивилизация предоставляет все больше возможностей и инструментов для удовлетворения человеком своих потребностей без приложения труда, творчества, умения и т. п. Чем сильнее привыкание к внеличностным средствам удовлетворения потребностей, таким как готовые игровые материалы, телепередачи, для включения которых достаточно “нажатия на кнопку”, тем сильнее риск обращения к наркотикам для устранения чувства апатии и прочих отрицательных эмоций. Более того, когда на протяжении ряда лет дети видят, что при каждой боли люди прибегают к болеутоляющим средствам, при усталости — к возбуждающим, а при нервозности или бессоннице к успокоительным, то у них формируется позитивное отношение к регуляции собственного состояния с помощью различных веществ и ослабевает сила сопротивления предложению наркотиков;

-- воспитание несамостоятельности. Дети, чьих сверхзаботливые матери освобождают от каждого неприятного задания, которые не научились заботиться о себе сами и принимать самостоятельные решения, легко могут

соблазниться на употребление наркотиков или отдаться социальным отношениям, в которых другие решают за них, что им употреблять. Связанное большей частью со сверхзаботливостью общее потребительское отношение к жизни, не допускающее отлагательства в удовлетворении потребности, приводит к усилению угрозы наркотизации.

Понимание условий возникновения наркомании очень важно, поскольку избавляет от иллюзий, что проблему эту можно решить лишь усилиями врачей.

Обусловленность наркомании преимущественно факторами социального порядка диктует необходимость участия социального работника на всех этапах наркологической помощи. Для того, чтобы достаточно полно охарактеризовать участие социального работника, обратимся к основным принципам наркологической помощи населению, основанным на медицинской концепции наркомании.

Принцип 1. Добровольное обращение за наркологической помощью, которое является необходимым условием ответственного активного участия страдающего алкоголизмом (наркоманией) в лечебном процессе и, тем самым, предпосылкой излечения. Однако такой подход не отменяет необходимости целенаправленной работы сотрудников наркодиспансера и в том числе социальных работников по выявлению лиц с алкогольными проблемами и созданию у них мотивации на добровольное обращение за специализированной помощью.

Наиболее полезным методом социальной работы при реализации этого принципа является общинная ее форма. Социальный работник диспансера должен знать все семьи в микрорайоне, быть вхож в них как советчик, помощник, защитник. Он знает жилищные, финансовые, психологические проблемы, в том числе и случаи злоупотребления алкоголем или наркотиками. Ориентируясь в своей работе на нормализацию отношений в семье, социальный работник может способствовать своевременному добровольному обращению злоупотребляющего в диспансер.

Специфика лечения наркологических заболеваний заключается в необходимости тесного сотрудничества больного, его семьи и ближайшего окружения со специалистами, оказывающими наркологическую помощь на всех этапах теоретического процесса. Всякое принуждение к лечению, особенно выраженное административными репрессиями, воздвигает стену отчуждения между больными и специалистами-наркологами. Попытки игнорировать эти обстоятельства, формализовать процесс лечения наркологических больных приводят к резкому снижению эффективности лечения или вообще делают его невозможным. Добровольность обращения за наркологической помощью предусматривает возможность получить ее анонимно, в любом наркологическом учреждении по личному выбору. Такой подход не отменяет необходимости целенаправленной работы по выявлению лиц с алкогольными проблемами и созданию у них мотивации на добровольное обращение за специализированной помощью.

Принцип II. Уравнивание в правах больных хроническим алкоголизмом с больными другими хроническими соматическими, соматоневрологическими и психическими заболеваниями. Существующая практика дискриминирует больных алкоголизмом, выводит их по сути дела за пределы клинической медицины и приравнивает к правонарушителям, формирует в обществе искаженное представление о них.

Необходимо гарантировать наркологическим больным реализацию всей совокупности их прав на получение медицинской помощи и социальной защиты, восстановить в полном объеме систему больничных листов и врачебно-трудовой экспертизы для определения степени трудоспособности, установления инвалидности и получения соответствующего пособия.

Учет больных алкоголизмом должен быть средством повышения эффективности лечебно-восстановительного процесса, но не средством ограничения больных в их гражданских правах.

Необходимо отказаться от стандартного подхода к лишению больных определенных профессиональных прав, например, права на вождение транспортных средств и т. д. Необходимо также вернуть изначальный смысл трудотерапии, она должна органически входить в структуру лечебного режима, а не подменять его.

Принцип III. Защита прав врача-нарколога, максимальное ограничение его деятельности границами медицинской компетенции. Следует точно определить сферу деятельности наркологической службы, строго ограничив ее рамками медицинской компетенции в области профилактики, клиники и терапии наркологических заболеваний. Нарколог должен заниматься профилактической работой в том объеме и в тех формах, которые свойственны представителям любой другой медицинской специальности, исходя при этом из профессионального долга и конкретных обязанностей. Следует также четко ограничить и регламентировать все формы взаимодействия наркологов с административными, правоохранительными и другими официальными органами, строя их на принципах строгого соблюдения прав больных, сохранения врачебной тайны.

Итак, основными задачами специалистов-наркологов являются:

— *профилактические мероприятия по предупреждению распространения наркомании и алкоголизма;*

— *подавление влечения человека к алкоголю и наркотикам; усиление и закрепление положительных результатов терапии;*

— *устранение или ослабление влияния внешних факторов, лежащих в основе или сопутствующих алкоголизации и наркомании; социальная реабилитация пациентов.*

Мероприятия по профилактике должны быть ориентированы на выявление подростков с отклонениями поведения, организацию профилактического учета лиц, склонных к употреблению наркотиков, алкоголя; проведе-

ние дифференцированной просветительной работы в группах высокого риска с учетом различий мотиваций приема наркотиков.

Тесное сотрудничество врачей и социальных работников в области наркологии требует полного согласования их действий, направленных на достижение конечной цели — полное излечение пациента от пагубного пристрастия и обеспечение его дальнейшей социальной активности, адаптации в окружении, что уменьшает вероятность рецидива и способствует здоровому образу жизни.

Разграничение области компетенции врача и социального работника весьма условно. Несмотря на то, что основной акцент врач ставит на процесс лечения, он должен иметь четкое представление о деятельности и целях социального работника и помогать ему. И наоборот, социальный работник для того, чтобы адекватно исполнять свои функции, должен знать о симптомах и формах проявления заболевания, хорошо представлять методы лечения. Это особенно важно при исполнении им функции посредника между врачом и пациентом.

Пребывание на учете в наркологическом учреждении в значительной части случаев вызывает отрицательные эмоции, связанные с переживанием своеобразного “пятна”. Отчасти именно по этой причине многие отказываются от добровольного обращения к наркологу. Подобный нежелательный эффект может и должен быть уменьшен. В этом отношении важно, чтобы на пороге учреждения больного первым встретил социальный работник.

Во вступительной встрече социальному работнику, как и врачу, необходимо приложить максимум усилий для снятия у больного предубеждения в отношении диагностического “ярлыка”, правильного восприятия им ситуации, своих проблем и предлагаемых видов помощи. Установление эмоционального контакта с больным в ряде случаев может оказаться сложной задачей, которая не поддается лечению в условиях дефицита времени. Но в любом случае человек, направленный в наркологическое учреждение, а тем более обра-

тившийся по собственной инициативе, должен иметь возможность высказаться свободно и до конца и чувствовать, что его внимательно слушают, а не осуждают.

Ведение записей в амбулаторной карте в момент разговора не способствует установлению доверительных отношений, поэтому имеет смысл отложить это до окончания беседы.

Одним из важных условий достижения взаимопонимания с данным контингентом является наличие у специалиста-нарколога специальных навыков общения и определенных личностных качеств — способности к эмпатии, доброжелательности и терпения.

Короткие психотерапевтические беседы с индивидуально-ориентированным содержанием обычно не воспринимаются как обременительное лечебное мероприятие, они стимулируют поддержание контактов и способствуют успеху лечения.

Лечение алкоголизма в отечественной наркологии, помимо запрета на спиртное и медикаментозного вмешательства, включает различные методы психотерапии. Следует отметить, что арсенал антиалкогольных средств с каждым годом становится шире и разнообразнее. Однако теория и практика показывают, что, в отличие от соматических и психических заболеваний, при лечении наркологических больных одним из условий эффективности является стремление пациента к выздоровлению. Без такой психологической установки трудно обеспечить успешное лечение.

В обязательный комплекс психотерапевтических мероприятий при лечении больных алкоголизмом включается суггестия (словесное внушение) и рациональная психотерапия, сущностью которой является логическое переубеждение больного. Суггестивную терапию (ипноз, внушение наяву, аутотренинг) проводят лишь тем больным, которые верят в нее и сами просят провести им такое лечение. Эти методы лечения противопоказаны больным с выраженной алкогольной деградацией и уклоняющимся от лечения.

Признанным методом лечения алкоголизма является так

называемая сенсibilизирующая терапия, основанная на применении специальных медикаментов, которые вырабатывают повышенную чувствительность организма к алкоголю, вызывают условную тошнотно-рвотную реакцию в ответ на запах и вкус алкоголя и тем самым делают его непереносимым.

Наркологическому социальному работнику приходится специально заниматься восстановлением пациента на работе, урегулированием его взаимоотношений в микроокружении. Во многих случаях возникает также необходимость восстановления социального и морального престижа клиента. В связи с этим наиболее часто возникает потребность в консультировании и посреднической функции социальной работы. Поскольку предметом консультации могут быть узкие и специальные вопросы, целесообразно к этой работе привлекать в качестве внешних консультантов других специалистов, в первую очередь психологов и юристов.

Помощь подобных консультантов, способных отнестись к больному непредвзято, с соблюдением профессиональной, общечеловеческой этики, благоприятно сказывается на итогах реабилитационной работы. Какова роль социального работника в социальной реабилитации вылечившегося от алкоголизма (наркомании)? Социальный работник прежде всего защитник и адвокат пациента наркологического учреждения. Он, как официальное юридическое лицо, может поручиться за своего подопечного перед администрацией предприятия, местными правоохранительными органами, наконец, семьей. Своим постоянным доброжелательным участием в клиенте, советом, консультированием социальный работник помогает клиенту избежать рецидива, восстановить свой социальный, профессиональный, семейный статус, обрести веру в себя.

Приведем пример социальной кейс-работы с пациентом наркологического учреждения. Больной К., 32 лет, инженер, будучи студентом техникума пристрастился к сухому вину. В состоянии легкого опьянения чувствовал себя раскрепощенным, появлялось желание петь, танцевать, ухаживать за де-

вушками. В трезвом состоянии оставался стеснительным, робким, иногда наблюдались приступы подавленного настроения, пропадали инициатива, желание что-либо делать.

После окончания техникума стал работать на часовом заводе, одновременно учился заочно в институте.

Работая в коллективе, испытывал робость, особенно с подчиненными. Для снятия напряженности и нерешительности все чаще прибегал к употреблению сухого вина, “стимулировал” себя крепким кофе. Женится в 30 лет. Жена с пониманием отнеслась к особенностям характера мужа, но решительно потребовала лечения от алкоголизма.

По настоянию жены обратился в наркологический диспансер. После беседы с социальным работником К. понял опасность выпивок, прошел курс терапии против алкоголизма.

После выписки из стационара находился под наблюдением врача и социального работника. В течение трех лет самостоятельно приходил на прием к врачу, принял курс поддерживающей терапии. Последние 2 года чувствовал себя хорошо и к врачу не обращался. На работе был активен, приобрел автомашину, в семье отношения хорошие. Был снят с учета в связи с выздоровлением.

Терапия К. состояла из:

- *традиционного антиалкогольного лечения;*
- *психотерапии в рамках бихевиорально-когнитивной модели;*
- *социальной работы со “значимыми другими” из ближайшего социального окружения.*

Бихевиорально-когнитивная терапия проводилась социальным работником диспансера и включала следующие стадии:

- 1. Установление отношений с клиентом и вовлечение его в совместную работу над его проблемой.*
- 2. Совместная с клиентом идентификация проблемы и выбор фокуса работы над ней. Ответы на вопросы: “В от-*

ношении каких проблем Вашей жизни Вы больше всего нуждаетесь в помощи? Какие стороны жизни кажутся Вам наиболее трудными?"

3. Оценивание проблемы: что о ней думает, что чувствует клиент, что мешает ему справиться с ней.

4. Научение клиента "опознанию" своих нерациональных мыслей и неадекватных чувств, умению видеть их как бы с точки зрения стороннего наблюдателя.

5. Репетирование желательных образцов поведения и выполнение их в общении с людьми (в качестве "домашнего задания").

Основоположники бихевиорально-когнитивной терапии в социальной работе считают определяющим значение, которое мы придаем нашему опыту, происходящим событиям. "Нас обескураживают, нам портят настроение не события, но наш взгляд на них, наши нерациональные мысли о них. Для нас значима ментальная конструкция мира, а не его объективные свойства"(Coulshed, 1993).

На изменении субъективного значения опыта (переосмыслении) и были сосредоточены терапевтические усилия социального работника.

В работе с К. социальный работник понял, что основным фокусом работы является неуверенность клиента в процессе общения, низкая самооценка и отсутствие умений эффективно общаться вне семьи. Конкретизируя эти цели в фокусе работы, социальный работник предложил клиенту "узнавать" свои слова и телодвижения, означающие его подчиненный статус в окружении и неадекватную Я-концепцию. Такими словами были "спасибо", "извините", "будьте добры", "пожалуйста", употребляемые чаще, чем оправданно ситуацией и заслуживает собеседник. "Язык тела", сопровождающий эти выражения, невербально сообщал окружающим о робости, подчиненности: втянутая в плечи шея, опущенная голова, кивание, тихий голос, полуулыбка, беспкойные движения рук и т. д.

Работа в кабинете социального работника сводилась к изживанию этих шаблонов речи и невербального поведения на основе подкрепления по схеме “одобрение — неодобрение”. Одновременно проводилась рациональная терапия, рефлексивная дискуссия о причинах формирования и проявления Я-концепции в поведении клиента. Репетировались ситуации, в которых клиент вел себя прямо противоположным образом.

В домашнюю работу включалось, например, задание отмечать, сколько раз за день клиент сказал “запретные” слова и сколько из них были излишними. Клиент также вел дневник своих размышлений о житейских ситуациях и анализировал их развитие, свое поведение в них.

Работа с окружающими (вне семьи) заключалась в том, что социальный работник убедил друзей клиента стараться тактично подчеркивать его положительные стороны и активнее вовлекать его в те виды деятельности, где он отличался успехами (выпиливание по дереву, игра в нарды).

В результате улучшилась самооценка, исчезла робость в общении и тем самым — психологическая, мотивационная основа для алкоголизации.

В процессе работы с клиентом социальный работник был постоянно бдительным, чтобы не нарушить начинающую формироваться уверенность клиента, с одной стороны, излишней директивностью, а с другой, своей чрезмерно предупредительной вербальной и невербальной коммуникацией не служить подкрепляющим образом неадекватного поведения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Э. А. Бабаян, М. Х. Гогопольский. Учебное пособие по наркологии, М., 1981.
2. А. Бодалек, В. Столин. Общая психодиагностика, М., 1987.
3. Н. Иванец и др. Новая концепция организации наркологической помощи. Вопросы наркологии №3, 1991.
4. Б. Карвасарский. Психотерапия, М., 1985.
5. Н. Я. Копыт, П. И. Сидоров. Профилактика алкоголизма. М., 1985.

6. К. Леонгард. Личность алкоголиков. М. , 1971 (пер. с немецкого).
7. В. Е. Рожнов, М. Е. Бурно. Система поэтапной комплексной психотерапии алкоголиков. Мат. 4-го всеросс. съезда невропатологов и психиатров. М., 1986.
8. S. Peele. The Cultural Context of Psychological Approaches to Alcoholism in American psychologist, 1984.
9. D. Goodwin. Alcoholism and Heredity Archives of General Psychiatry, 36,1979
10. D. Cahalan & R. Room 1974 Problem Drinking among American men new Brunswick.
11. Y. Pierson. The Behavioral Approach to SocialWork in: Practising Social Work, London, 1994.
- 12 V. Coulshed. Social Work Practice. Hong-Kong, 1993.

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ПРАВОНАРУШИТЕЛЯМИ

Современное общество пока не придумало нового способа обезопасить себя от личности, преступающей его нормы: оно, как известно, изолирует ее. И хотя все больше людей склоняется к тому, что изоляция человека в тюрьме еще больше укореняет в нем криминальные наклонности, тюрьмы продолжают существовать. В этих условиях специалистам ничего не остается делать как выработать систему оказания социальной, экономической, психомедицинской поддержки, позволяющей облегчить людям, преступившим закон, пребывание в местах заключения, их реабилитацию и социальную адаптацию после отбытия срока наказания.

Направления, формы и эффективность социальной работы в области правонарушений зависят от многих факторов: от типа личности правонарушителя, его возраста и пола, того, насколько компетентен и эффективен социальный работник, на какой этап приходится его вмешательство — на этап ожидания приговора, отбывания наказания или освобождения из тюрьмы.

Социальный работник, желающий оказать профессиональную помощь правонарушителю, прежде всего обязан понять его личность, чтобы затем выбрать тактику и стратегию своей деятельности, базирующейся на общепринятых принципах социальной работы.

Личность преступника формируют условия и ценности, интернализованные им на протяжении трех периодов его жизни — до, в момент и после совершения преступления.

На протяжении первого периода на формирование личности, преступившей закон, как правило, оказывает воздействие фактор неблагополучной семьи, наличие которой можно считать социальной константой, часто фигурирующей в историях жизни правонарушителей. Следующим по силе воздействия является фактор жизненных обстоятельств человека. Иногда человек, не имеющий выхода из создавшихся финансовых трудностей, находит решение в криминальном поступке. Этот вид преступления прекрасно проанализирован Р. Мертонем, который, описывая девиантное поведение, отмечает, что если у личности возникает дисбаланс между поставленными социально одобряемыми целями и доступом к средствам достижения этих целей, то она, скорее всего, совершит противоправное действие.

Однако вышеуказанными факторами девиантное поведение не исчерпывается. Среди преступающих закон немало и таких, которые целенаправленно идут на преступления, оправдывая свой поступок тем, что их жертва заслуживала подобную участь, что от их действия нет вреда и что их проступок был реакцией на постоянное осуждение со стороны общества, что он соответствует моральным ценностям и эталонам поведения его субкультуры и микроокружения.

Немалую долю составляют ситуативные мотивы, которые особенно распространены среди молодежи. Как объяснить, например, угон автомашины и ее возврат владельцу, кражу мелочи, которая ничего не меняет в жизни молодого человека. Эти, порой необъяснимые, формы преступлений рассматриваются Катцем как результат психологической соблазнительности преступления, тех его моментов, которые доставляют молодому человеку удовольствие, чувство азарта (украсть и уйти незамеченным), удовлетворение и самоутверждение. Например, в некоторых молодежных кругах быть «плохим», «блатным», носить символы девиантного поведения одобряется средой и отвечает ее нормам. В некоторых группах молодежи нападение на людей, их публичное унижение, применение силы, рассматривается как акт утверждения своей воли, силы, власти, качеств «достойной личности». (J. Katz, 1988)

Следующий интересующий нас момент — это момент совершения преступления. Здесь на первый план выходят особенности самооценки и самоконтроля, сила влияния которых зависит от типа личности, ценностных ориентаций человека, преступившего закон, особенностей переживаемой ситуации и оценок его микроокружения. Но и здесь может сыграть значительную роль случай.

Встречается много правонарушителей, которые в момент преступления, находясь в невменяемом состоянии, не осознавали негативности своего поступка и позднее глубоко раскаивались в этом. Некоторые правонарушители, особенно дети, не знают, что их проступок карается законом.

В период после совершения преступления на формирование личности нарушителя, на его будущее социальное функционирование начинает влиять возникновение «клейма», или «стигмы» — фактора, который дискредитирует личность в глазах общественности (Coffman, 1986).

Это может по-разному воздействовать на девиантную личность. Либо правонарушитель, не выдержав борьбы со своей стигмой, совершает поступки, соответствующие этому клейму (случай рецидива), либо, будучи отлучен от общества «нормальных», он пытается скрыть свою стигму. Проблема стигматизации личности — одна из наиболее серьезных в ряду проблем, решение которых требует усилий социального работника.

Социальный работник в процессе работы с правонарушителями выполняет те же функции, что и в любой другой сфере: информационную, организационную, терапевтическую, контролирующую, но особенности все же имеются. Изучение социальной истории правонарушителя, особенности его самооценки и нравственные ценности позволяют социальному работнику сделать выводы о мотивах и причинах совершенных преступлений, а также выработать тактику своей деятельности, понять, требуется ли фокусироваться на консультации, терапевтической помощи и т. д. В работе с правонарушителями особое внимание уделяется функции контроля, поскольку в объяснительных моделях девиантно-

го поведения придается особая значимость неполноценному функционированию механизма социального контроля.

Приверженцы этой точки зрения, современные продолжатели идей Дюргейма, эффективный контроль и установление тесной связи между личностью и обществом считают панацеей от многих социальных патологий.

Имеется множество моделей социального контроля.

Травис Гирсчи предлагает модель социального контроля, включающую нижеследующие элементы:

1. Привязанность личности к определенной социальной группе, ее включенность в деятельность группы. Предполагается, что чем больше личность включена в определенную группу, тем больше она преданна и уважает членов этой группы и тем меньше вероятность ее девиантного поведения.

2. Жизненные достижения: чем больших высот достигает индивид в своей жизни (материальные блага, власть, карьера, репутация), тем больше риск и значимость опасности потери этих достижений при совершении преступления.

3. Включенность в недевиантную деятельность: чем больше человек занят работой, семьей, общественной деятельностью, чем шире его интересы, тем меньше у него остается времени на антисоциальные поступки.

4. Интернализация норм предлагаемых обществом ценностей: чем выше степень освоения норм общества со стороны личности, тем меньше риск их нарушения с ее стороны. Но в обществе, которое находится в состоянии аномии (Э. Дюргейм), нормы и ценности становятся противоречивыми или вообще утрачивают свой смысл, связь между индивидом и обществом нарушается, что резко увеличивает вероятность девиантного поведения.

И. Най предлагает иную модель социального контроля. Необходимыми элементами этой модели являются:

-прямой контроль, предполагающий систему поощрения и наказания за, соответственно, социально-одобряемые и социально-неодобряемые поступки;

-внутренний контроль, который базируется на формировании соответствующей системы моральных ценностей;

-косвенный контроль, опирающийся на аффективные связи личности, например, человек не совершает плохих поступков, чтобы не огорчить близких (родителей, детей, друзей);

-своевременное удовлетворение потребностей личности, что минимизирует вероятность девиантного поведения (I. Nay, 1988).

Вышеизложенные элементы системы социального контроля уже сами по себе структурируют деятельность социального работника, фокусируют его внимание на профилактических мерах предупреждения преступности, организации недевиантных форм удовлетворения потребностей личности, стимуляции достижения определенных результатов. Как свидетельствует практика, наибольшего эффекта социальный работник достигает при работе с людьми еще не осужденными, но состоящими на учете в конкретных инстанциях, или условно осужденных, особенно, если в этой работе социальному работнику помогают государственные структуры, уполномоченные бороться с правонарушениями и предупреждать их.

Наряду с обычными функциями, в сфере правонарушений социальный работник осуществляет также так называемую функцию «политических кампаний», суть которых заключается в сборе информации о негативных явлениях в закрытых учреждениях, которые осложняют жизнь заключенных в местах заключения или затрудняют процесс их социальной реабилитации. С этой целью на Западе используются листовки, возможности средств массовой информации, выступления известных людей, бывших заключенных и др.

В зависимости от стадии и места пребывания преступника, социальную работу можно подразделить на:

-социальную работу до вынесения приговора;

-социальную работу в местах заключения;

-социальную работу с условно заключенными или после заключения (probation office).

В социальной работе до вынесения приговора значительное место занимает судебная социальная работа, суть которой оказать посильную помощь клиенту в смягчении приговора, в доказательстве в судебных инстанциях целесообразности условного осуждения клиента и перевода его на поруки социальной службы, занимающейся условно осужденными (probation office). В функции такой социальной службы входит контроль, организация занятости клиента посредством использования локальных ресурсов, имеющихся институциональных возможностей. Если осужденные ведут себя примерно, социальный работник должен взять на себя ходатайство за сокращение срока условного наказания. Так, социальный работник на Западе, осуществляя защиту в суде, противостоит прокурору. В случае вынесения судом приговора о виновности и направления правонарушителя в колонию или тюрьму, забота о заключенном ложится на социального работника, работающего в соответствующих закрытых учреждениях.

В его функции входит:

-помощь в деле сохранения здоровых внешних связей правонарушителя, соблюдение его прав, которые могут быть урезаны в связи с ограничением свободы;

-обеспечение полного доступа к коммуникациям с внешними учреждениями, институтами, службами и агентствами;

-доступ к личному уголовному делу;

-обеспечение информацией об установленных на территории места заключения правилах;

-обеспечение по возможности связи с семьей, ходатайство о финансовой помощи семье, находящейся в бедности,

требование от администрации организации встреч семьи с преступниками без надзирателя на более длительное время;

-подготовка клиента к социальной активности после выхода на свободу с помощью использования возможных ресурсов;

-предоставление психологической помощи;

-проведение «политической кампании» с целью достижения изменений в обществе в целом: законах, нормах, общественном мнении, социальных установках и стереотипах. (Н. Walker, Working with Offenders)

Готовя правонарушителя к возвращению домой, социальный работник обязан вести деятельность, нейтрализующую негативные стереотипы как у самой личности, так и у ее микроокружения (семья, будущее место работы и т. д.). На этом этапе важна работа по формированию установки на то, что человек, однажды совершивший ошибку, не должен платить за нее в течение всей жизни. Люди из ближайшего окружения человека, уже отбывшего срок наказания, должны быть готовы проявить отношение, которое заставило бы его понять, что он нужен, что его по-прежнему любят, что он может чего-то достичь, заново начать жизнь. Все это должно осуществляться деликатно, чутко, без проявлений сверхопеки, любопытства и навязчивости.

После освобождения человек, отбывший срок наказания, вновь нуждается в помощи социального работника для социальной адаптации и реабилитации. На этой стадии могут быть эффективными методы групповой работы, включающей:

—моделирование ситуации;

—проигрывание ролей;

—сотрудничество, взаимопомощь и обмен опытом;

—групповую терапию.

Вышеизложенный анализ социальной работы с человеком, преступившим закон, опирается на опыт английской системы социального обеспечения. К сожалению, сегодня в Армении не существует традиции работы социального работника в колониях и судах, упразднены детские комнаты милиции, а созданные вместо них комиссии по вопросам молодежи пока не могут восполнить пробела. Но жизнь все настоятельнее требует освоения нового, наработанного цивилизованным миром опыта социальной помощи людям, однажды нарушившим закон. Это стоит усилий, особенно, если учесть, что задействование социальной службы обойдется государству во много раз дешевле, чем воспитание и содержание новых поколений правонарушителей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. E. Goffman. "Stigma". Simon and Schuster, NY, 1986.
2. J. Katz. "Seduction of Crime". NY, 1988.
3. M. Sykes and D. Matza. Techniques of Neutralization, Deviant Behavior, St Martin's Press, NY, 1988.
4. I. Nay, T. Hirschi. "Social Control theory". Deviant Behavior, NY, 1988.
5. H. Walker and B. Beaumont. "Working with Offenders". Macmillan, London, 1990.

Глава V. В ПОМОЩЬ СОЦИАЛЬНОМУ РАБОТНИКУ

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

БРИТАНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ

Цели

1. Социальная работа является профессиональной деятельностью. Ваша практика руководствуется этическими принципами, которые определяют профессиональную ответственность социального работника. Первая цель “Кодекса этики” — четко объяснить принципы защиты клиентов.

Предисловие

2. Принадлежность к какой-либо профессии несет с собой особые обязанности, превышающие обязанности каждого отдельного гражданина. Эти особые обязанности сначала зафиксированы в Кодексе этики в общей форме. Отсюда вытекают особые обязательства.

3. Носители какой-либо профессии имеют обязательства по отношению к своим клиентам, работодателям, друг к другу, к коллегам других специальностей, а также к обществу.

4. Для выполнения этих обязательств профессиональный работник, с другой стороны, имеет также права, которые должны быть предоставлены для того, чтобы он мог эффективно работать.

5. Каждое профессиональное объединение обязано обеспечивать выполнение профессиональных обязательств его членами и предоставленные им необходимые права.

Принципы

6. Основа профессиональной социальной работы состоит в признании ценности и достоинства каждого человека, независимо от его происхождения, статуса, пола, сексуальной ориентации, возраста, вероисповедания или общественной полезности. Сущность этой профессии состоит в ответственности за поощрение каждого человека относительно его самореализации и за оказание ему при этом поддержки, с соблюдением необходимого уважения к правам других.

7. Социальная работа занимается улучшением качества жизни людей. Поэтому она направлена на профилактику или смягчение трудностей и страданий. Таким образом, в обязанности социального работника входят оказание услуг и создание учреждений и их содержание, а также участие в социальном планировании, политической деятельности с целью оказания поддержки и помощи отдельным людям, семьям, группам и общностям.

Социальная работа применяет в своей практике методы, которые основываются на систематических знаниях и на опыте.

8. Социальный работник обязан выполнять свои задачи безупречно и компетентно. Он осознает границы своей профессиональной компетенции и то, что соблюдение интересов клиента требует кооперации между всеми, кто разделяет профессиональную ответственность за его благополучие.

9. Ответственность за предотвращение и смягчение трудностей и страданий не всегда полностью несет тот социальный работник, кто оказывает непосредственные услуги индивидуумам и группам. Он имеет право и обязан доводить до сознания властей и всей общественности, каким образом действия правительства, общества или социальных организаций создают социальные трудности, вызывают страдания или препятствуют их уменьшению.

Социальный работник часто оказывается между мощными организациями, с одной стороны, и бессильными людьми, которым нужны его услуги и помощь, с другой.

Он обязуется не только развивать собственные

способности, но и содействовать увеличению общего фонда профессиональных знаний и совершенствованию методов социальной работы.

В обязанности социальных работников по отношению к их работодателям или заказчикам входит эффективное и ответственное выполнение своей профессиональной задачи за счет средств организации. Ввиду беспомощности клиентов, социальные работники несут перед ними особую ответственность за полное осуществление их прав и удовлетворение их потребностей.

Принципы практической деятельности

10. Каждый член организации, принимающий эти принципы, которыми определяются обязанности социального работника, по мере сил:

а. содействует развитию и претворению политических мер, служащих благу человека, и недопущению того, чтобы его знания, способности и опыт были употреблены в будущих негуманных политических целях;

б. уважает личность своих клиентов и заботится о том, чтобы были защищены их индивидуальность, достоинство, права и собственная ответственность;

в. не имеет избирательного отношения к ним в силу своих предубеждений, не отдает предпочтения ни одному из клиентов из-за его происхождения, социального статуса, пола, сексуальных наклонностей, вероисповедания, вклада в общество;

г. помогает клиентам расширить возможности выбора и принятия решения;

д. не отказывает клиенту и не теряет интереса к его страданиям даже тогда, когда он обязан защищать других от него или когда вынужден признаться себе, что не может помочь ему;

е. ставит профессиональную ответственность выше личных интересов:

— признает, что постоянное дальнейшее образование и повышение квалификации составляют основу практической

социальной работы, и считает себя ответственным за качество своей работы;

— признает необходимость сотрудничества с другими в интересах своих клиентов;

— четко заявляет во всех публичных выступлениях или действиях, действует ли он как специалист или же как представитель какой-либо организации;

— осознает свою ответственность перед клиентами при получении всей полагающейся им финансовой и иной помощи как от той организации, в которой он работает, так и из других источников;

— признает, что информация, доверенная ему с определенной целью, не может быть употреблена ни с какой другой целью;

— уважает личную жизнь клиентов и доверительность информации о клиентах, полученной от них самих или от других лиц. Раскрывает подобные сведения только с согласия своего клиента или информанта. Исключение из этого принципа возможно только тогда, когда существует однозначное указание на то, что клиент, социальный работник или же другие лица сообщества находятся в серьезной опасности или при обстоятельствах, оцениваемых после профессионального обсуждения как чрезвычайные;

— выступает в рамках должностных отношений за создание и сохранение условий, позволяющих социальным работникам принимать обязательства, предписываемые настоящим Кодексом.

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ДЛЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

РЕГУЛИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ АРМЕНИИ

Демократичность любого государственного строя заключается в обеспечении социального равенства людей. Правовым выражением социального равенства является равноправие граждан, которое служит, с одной стороны, элементом социального равенства, а с другой - средством его достижения и обеспечения. Обладая равными правами, личность тем самым имеет и равные правовые возможности.

Непосредственным выражением равенства общественно-го положения личности является равенство правового статуса (установленной законодательством системы равных прав и обязанностей) гражданина, включающего следующие, равные для всех граждан права, в том числе:

- социально-экономические права: на труд, на отдых, на материальное обеспечение в старости, в случае болезни, полной или временной утраты трудоспособности, потери кормильца и т. д.;

- политические права и свободы: свобода слова, печати,

собраний, митингов, право избирать и быть избранным, объединяться в общественные организации и т. д.;

- социально-культурные права: право на образование, право на свободу творчества, право на охрану здоровья и т. д.;

- личные права и свободы: неприкосновенность личности и жилища, тайна переписки, свобода совести и т. д.

В правовой статус входит весьма важное, законодательно закрепленное право на защиту самой личностью своих прав и законных интересов.

Осуществление прав и свобод неотделимо от исполнения личностью своих обязанностей. Наделяя гражданина широким кругом прав и свобод, государство вместе с тем возлагает на него и определенные обязанности (например, добросовестно трудиться в избранной области общественно-полезного труда, уважать права и законные интересы других лиц, заботиться о воспитании детей и т. д.).

Наряду с правами и обязанностями законодательство регулирует также систему льгот и преимуществ для отдельных категорий лиц. По своей правовой природе, льготы — это либо дополнительные права одних по сравнению с другими субъектами, либо освобождение субъекта от определенных обязанностей, выполняемых им в условиях обычного правового режима.

Система правовых льгот и преимуществ направлена на обеспечение социальной справедливости. Таков, например, смысл льгот многодетным семьям, женщинам, несовершеннолетним, инвалидам. В другом случае льготы выступают мерой поощрения за заслуги перед государством и обществом. Например, льготы для инвалидов войны и семей погибших военнослужащих. Льготы устанавливаются также в связи с особыми условиями деятельности в интересах государства и общества. Такой характер носят льготы и преимущества, предоставляемые военнослужащим, их семьям, металлургам, железнодорожникам и др. Льготами можно также стимулировать вид деятельности, в котором заинтересо-

вано государство. Отметим, что правовой защите подлежат не только равные права и обязанности граждан, но и установленные им льготные и преимущественные права.

Цену и смысл имеет не столько обладание правами, сколько их реализация. При обилии прав можно быть беззащитным, если не предпринимать усилий по их реализации.

Законодательство Армении предусматривает множество путей защиты прав граждан через официально уполномоченные на то органы государственного управления и власти. В частности, органы прокуратуры, милиции, нотариата, профсоюзные организации, различные комиссии и другие аналогичные структуры. Особое место в этом ряду занимает судебная защита прав и интересов граждан. К сожалению, эти пути порой оказываются малоэффективными, так как весь механизм путей защиты построен и функционирует на принципах государственного контроля и принуждения, нередко формально бюрократического. Сегодня законодательно не установлено место для социальной службы, как института, призванного осуществлять защитные функции по отношению к каждому отдельно взятому индивиду наиболее уязвимой и социально не защищенной части населения. Институт социальной работы призван помочь им в преодолении социальных проблем, полноценно функционировать в обществе и пользоваться в полной мере системой равных прав в условиях обычного правового режима. С этой точки зрения, цели социальной работы и правовых норм, обеспечивающих социальную защиту населения, идентичны, разве только пути достижения этой цели разные.

Социальный работник достигает своих целей с помощью консультирования своего подопечного:

1) оказания ему помощи в решении организационных вопросов;

2) защиты интересов своего подопечного перед государственными, кооперативными, общественными и другими учреждениями;

3) контролирования поведения своего подопечного, если в этом имеется необходимость.

Социальный работник, действующий в столь широком диапазоне, должен знать законные пути решения возникших проблем. Для этого ему необходим хотя бы минимум знаний в области законодательства.

К числу основных законодательных актов, регулирующих социальную защищенность населения, прежде всего относятся следующие.

1. Гражданский кодекс Армении. Регулирует имущественные и связанные с ним личные неимущественные отношения граждан с государственными, кооперативными, общественными и иными организациями, а также с другими гражданами. При этом статья 2 Кодекса делает специальную оговорку о том, что ряд отношений регулируется специальным, в том числе трудовым и семейным законодательством.

2. Кодекс о браке и семье. Регулирует порядок и условия установления брачных отношений, личные и имущественные взаимоотношения членов семьи. Регламентирует отношения, возникающие в связи с усыновлением, опекой, попечительством, устанавливает порядок и условия прекращения брака, регистрации рождения, смерти, усыновления (удочерения) и т. д.

3. Закон о пенсионном обеспечении граждан Армении. Закон закрепляет право всех нетрудоспособных граждан на материальное обеспечение за счет общественных фондов потребления путем предоставления трудовых (по возрасту, инвалидности, случаю потери кормильца, выслуге лет) и социальных (неработающим гражданам при отсутствии права на трудовую пенсию) пенсий. Закон детально регламентирует условия, размеры, сроки назначения пенсий, льготы отдельным категориям лиц, права трудовых коллективов и местных органов управления в установлении дополнительных льгот и т. д.

4. Кодекс законов о труде. Регулирует широкий круг вопросов, связанных с трудовыми взаимоотношениями граж-

дан Армении, направлен на создание наиболее благоприятных условий труда, совершенствование системы оплаты труда, усиление непосредственной зависимости оплаты труда от личного трудового вклада, охрану прав личности, создание благоприятных условий труда и отдыха, совершенствование системы социального обеспечения.

Социальный работник весьма часто соприкасается с нарушением трудовых прав своего пациента, в частности, норм, регулирующих прием на работу, оплату труда, переводы, увольнения, социальные гарантии и т. д. Чтобы суметь защитить своего клиента, социальному работнику необходимо глубоко знать всю систему трудовых взаимоотношений и договоров. Лицо, поступающее на работу в качестве рабочего или служащего, является одной из сторон трудовых взаимоотношений или трудового договора. Его возраст к моменту поступления на работу должен быть не менее шестнадцати лет (исключения из этого правила будут рассмотрены ниже).

Другой стороной трудового договора выступает работодатель, обладающий правом приема и увольнения рабочих, служащих. Обычно таким правом наделяются предприятия, учреждения и организации, являющиеся юридическими лицами.

По трудовому договору работник обязуется выполнять определенную трудовую функцию, т. е. все виды работ по определенной специальности, квалификации, должности. Это является главным свидетельством включения работника в трудовой коллектив, влечет обязанность работника трудиться с соблюдением внутреннего трудового распорядка и является главным отличительным признаком работы по трудовому найму.

Обязанность предприятия по отношению к рабочему или служащему по трудовому договору, согласно все той же статье КЗОТ, заключается в:

- *выплате заработной платы соразмерно количеству и качеству затраченного труда;*
- *обеспечении условий труда, предусмотренных законодательством о труде;*

- обеспечении условий труда, предусмотренных коллективным договором между коллективом (в лице профсоюзного комитета) и администрацией;

- обеспечении условий труда, предусмотренных соглашением сторон по трудовому договору.

Трудовые договоры могут заключаться на:

- неопределенный срок;

- определенный срок (не более трех лет);

- время выполнения определенной работы.

Как правило, трудовые договоры заключаются на неопределенный срок, с широким кругом гарантий для рабочего или служащего. Другие же договоры дают возможность администрации прекратить трудовые отношения с работником без указания каких-либо причин, а работника лишают права на увольнение по собственному желанию в течение всего срока договора.

В последние годы в условиях сокращения объемов производства, работодатели (в особенности, частный сектор) стали часто прибегать к временному найму работников на условиях выполнения определенной работы или на определенный срок. Сложилась ситуация, при которой стабильные или имеющие традиции трудовые коллективы во избежание распада и сохранения квалифицированных кадров в обход действующего законодательства прибегают к массовому оформлению бессрочных отпусков без сохранения заработной платы. Это лишает их возможности получения пособий по безработице и вынуждает искать случайные заработки у других работодателей, которые не желают утруждать себя гарантиями и обязательствами перед временным работником.

Социальному работнику в этом случае важно знать, что, независимо от своего правового положения работодатель обязан соблюдать все требования трудового законодательства и нести ответственность (в том числе и уголовную) за его невыполнение.

Рассмотрим взаимоотношения сторон при заключении трудового договора (иными словами при приеме на работу) на неопределенный срок.

В статье 19 КЗОТ Армении устанавливается четкий перечень документов, которые вправе потребовать администрация при приеме на работу. Это паспорт, удостоверяющий личность поступающего на работу, и оформленная в установленном порядке трудовая книжка. Лица, поступающие на работу впервые, представляют выданную с места жительства справку о последнем занятии. Прием на работу без указанных выше документов не допускается.

При приеме на работу, к которой могут быть допущены только лица, получившие специальное образование или подготовку (врачи, водители автомашин и др.), администрация не только имеет право, но и обязана потребовать от поступающего диплом об окончании соответствующего учебного заведения или иного документа о профессиональной подготовке.

Запрещается, как общее правило, требовать от поступающего на работу другие, кроме перечисленных, документы.

При приеме на работу администрация, в соответствии со статьей 22 КЗОТ, вправе с целью проверки соответствия поступающего поручаемой ему работе, установить испытательный срок. Условие о назначении испытания должно быть указано в приказе о назначении. При приеме на работу не может быть установлено испытание для:

- лиц, не достигших восемнадцатилетнего возраста;
- молодых специалистов, по окончании высших или средних специальных учебных заведений;
- молодых рабочих по окончании профессионально-технических учебных заведений;
- направленных на данное предприятие инвалидов войны;
- временных и сезонных работников;
- направленных на работу после окончания аспирантуры с отрывом от производства;
- лиц, поступающих на выборные должности и по конкурсу.

Если условие о назначении испытания не было указано в приказе о приеме на работу, то работник считается принятым без испытания. Если в приказе было оговорено испытание, но с приказом работник не был ознакомлен под расписку, или, вопреки требованиям законодательства, испытание было установлено в отношении лица, для которого оно устанавливаться не может, то в соответствии со статьей 5 КЗОТ Армении условие об испытании является недействительным.

В зависимости от выполняемой (поручаемой) работы сроки испытаний различны. Минимальный испытательный срок законодательством Армении не предусмотрен, максимальный же ограничен тремя месяцами. В отдельных случаях статья 23 КЗОТ допускает увеличение этого срока до шести месяцев, но с обязательным согласованием с соответствующим комитетом профсоюза. Перечень работников, для которых может быть установлен продленный испытательный срок, законодательством Армении не определен. Установленные законодательством предельные сроки испытаний не могут быть произвольно увеличены или продлены ни администрацией, ни по ее соглашению с работником. Если работнику был установлен испытательный срок, превышающий предельный срок, а затем, уже после истечения законного предельного срока испытания, работник уволен как не выдержавший испытания, увольнение признается незаконным, если даже оно состоялось в пределах срока, незаконно установленного администрацией.

Социальному работнику важно знать статью 24 КЗОТ Армении, согласно которой, если истек срок испытания, а рабочий или служащий продолжает работу, он считается выдержавшим испытание и последующее расторжение трудового договора может иметь место только на общих основаниях. Издание специального приказа о том, что работник выдержал испытание и окончательно принят на работу, не требуется. Освобождение от работы при неудовлетворительных результатах испытания может быть произведено только до истечения срока испытания, причем без согласования с про-

фсоюзным комитетом и без выплаты выходного пособия.

Независимо от результатов испытания, администрация не вправе увольнять на этом основании беременных женщин, матерей, кормящих грудью, и женщин, имеющих детей в возрасте до одного года.

Таковы вкратце основные требования законодательства Армении, предъявляемые при заключении трудового договора.

Заключив трудовой договор, администрация предприятия обязана использовать работника только в соответствии с договором. Требование от рабочего или служащего выполнения работы, не обусловленной трудовым договором, расценивается как перевод на другую работу. Порядок перевода на другую работу регламентирован статьей 28 КЗОТ Армении.

Трудовое законодательство, призванное обеспечивать устойчивость трудовых отношений и гарантировать право гражданина на труд, детально регламентирует основания и порядок расторжения трудового договора (иначе говоря, увольнения) работника. Расторжение трудового договора может иметь место по инициативе одной из сторон, заключившей договор, — либо самого работника (статья 34 КЗОТ), либо администрации предприятия (статья 36 КЗОТ).

Рабочие и служащие, заключившие трудовой договор на неопределенный срок, вправе требовать увольнения во всякое время, но обязаны предупредить об этом администрацию за два месяца. При наличии уважительных причин (перевод мужа или жены на работу в другую местность, необходимость ухода за больными членами семьи, зачисление в учебное заведение или аспирантуру, наличие на иждивении трех и более детей, не достигших совершеннолетия, для женщин, имеющих детей в возрасте до 8 лет и т. д., этот срок может быть снижен до одного месяца. В случаях, когда заявление об увольнении обусловлено невозможностью для работника продолжать работу (например, зачисление в учебное заведение), администрация расторгает трудовой договор в срок, о котором просит работник.

Основная цель предупреждения - дать возможность администрации подобрать нового работника на место увольняющегося. Однако это не значит, что, подобрав замену, администрация вправе уволить работника до окончания срока предупреждения. Такое увольнение может иметь место только с согласия работника. В соответствии со статьей 34 КЗОТ Армении работник вправе до истечения обязательного срока предупреждения в любое время взять свое заявление обратно или подать новое заявление, отменяющее прежнее. В этом случае администрация может уволить его только при условии, если до подачи им заявления, отменяющего старое, на его место приглашен новый работник. Если после истечения срока предупреждения администрация не издала приказа об увольнении и работник не настаивает на этом, действие трудового договора считается продолженным.

Основное требование закона, предъявляемого к порядку увольнения по инициативе рабочего или служащего, заключается в том, что заявление должно быть добровольным волеизъявлением, а не результатом давления со стороны администрации. В противном случае увольнение признается незаконным.

Статья 36 КЗОТ Армении содержит исчерпывающий перечень общих оснований расторжения трудового договора по инициативе администрации. Увольнение по каким-либо иным основаниям, не предусмотренным этим перечнем, не допускается. Законодательство предусматривает и другие, реже встречающиеся на практике основания увольнения отдельных категорий работников, с которыми при необходимости можно ознакомиться в статьях 36, 40 и 280 КЗОТ.

Социальный работник должен помнить, что в соответствии с действующим законодательством за работниками, временно утратившими трудоспособность вследствие болезни, сохраняется место работы. Длительная неявка на работу вследствие временной нетрудоспособности служит основанием для увольнения работника в соответствии с пунктом 5 статьи 36 КЗОТ Армении. Таким основанием может служить лишь непрерывная нетрудоспособность свыше четырех ме-

сяцев. Учет времени отсутствия работника ввиду болезни путем сложения отдельных периодов временной нетрудоспособности работника не допускается. Однако и из этого правила есть исключения, знание которых социальным работником необходимо. Так, например, если утрата трудоспособности наступила в результате трудового увечья или профессионального заболевания, место его работы или должность сохраняются до полного восстановления трудоспособности, независимо от длительности срока нетрудоспособности или установления инвалидности. Важно при этом также знать, что это правило действует независимо от того, по чьей вине, администрации или самого работника, наступило профессиональное заболевание или трудовое увечье.

Льготы для женщин

Социальному работнику необходимо знать не только трудовое, семейное и пенсионное законодательство Армении, но также сферу льгот и преимуществ, предоставляемых законодательством отдельным категориям граждан, имея в виду, что они направлены на достижение социального равенства для менее защищенной части населения и тесно переплетаются с целями и задачами социальной работы.

К сожалению, объемы настоящей статьи не позволяют в полной мере раскрыть все льготы, предоставляемые законодательством женщине. Важно хотя бы знать, что оно детально регламентирует все вопросы, связанные с трудом женщин в различных жизненных ситуациях. Например:

- гигиенические рекомендации к рациональной организации трудового процесса и рабочего места беременной женщины, условия ее труда, вплоть до ее положения (сидя, стоя), позы (согнувшись, на корточках), статического напряжения мышц ног и брюшного пресса;

- скользящие (гибкие) графики работы, система оплаты труда и отпусков, суммарного учета рабочего времени,

стажа работы (в том числе надомного труда) женщин, имеющих детей и работающих неполное рабочее время;

- льготы женщинам, воспитывающим сирот, начисляемые им выплаты, исчисление общего и непрерывного трудового стажа при назначении пенсий и пособий;

- специальные правила, регулирующие права беременных женщин и матерей, обучающихся или заканчивающих учебные заведения или аспирантуру;

- выдача пособий при искусственных или самопроизвольных абортах, выкидышах по истечении 196 дней беременности, рождении мертвого ребенка;

- льготы матерям и женам лиц, погибших либо умерших вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных при выполнении гражданского долга;

- нормы, гарантирующие трудовые права матерей, самостоятельно воспитывающих детей и т. д.

В законодательстве особо оговариваются льготы, предоставляемые при приеме на работу женщин. Статья 24 КЗОТ Армении предоставляет право администрации предприятия по неудовлетворительным результатам испытания увольнять работника до истечения срока испытания. Однако она лишена этой возможности в отношении беременных женщин, кормящих грудью матерей и женщин, имеющих детей в возрасте до одного года. Это правило применяется даже в тех случаях, когда администрации не было известно о беременности женщины.

Закон в категорической форме запрещает отказывать женщинам в приеме на работу по мотивам, связанным с беременностью или кормлением ребенка. Эта норма выражена в статье 197 КЗОТ Армении. Отказ в приеме на работу, понижение заработка или увольнение по этим мотивам рассматривается законом как уголовно преследуемое деяние (статья 139 Уголовного кодекса Армении), наказывается лишением свободы на срок до шести месяцев или увольнением винов-

ного руководителя с должности. Законодательство определяет широкий круг льгот при исполнении женщиной своих трудовых обязанностей. Имеются утвержденные перечни (списки) производств, профессий и работ (содержат свыше 400 наименований), на которых в соответствии со статьей 184 КЗОТ запрещено применение их труда. Перечни по своему характеру предусматривают два ограничения: полное запрещение труда женщин на тяжелых работах и работах с вредными условиями труда, а также ограничение веса тяжестей, перемещаемых на остальных работах. При этом предельные весовые нормы ставятся в зависимость от вида (переноска, подъем или чередование) и способа (вручную, на одноколесных тачках, рельсовых вагонетках) перемещения груза. Ограничена и суммарная масса груза, перемещаемого в течение рабочей смены. Она составляет 7000 кг за смену, включая массу тары и упаковки.

Статья 197 КЗОТ Армении содержит норму, запрещающую привлечение женщин к работе в ночное время (ночное время исчисляется с 10 часов вечера до 06 часов утра). Исключения допускаются в случаях особой необходимости, но в качестве временной меры. Вместе с тем, законодательство категорически запрещает привлечение к труду в ночное время беременных женщин и женщин, имеющих детей в возрасте до двух лет. Их нельзя также привлекать к сверхурочным работам, к работам в выходные дни и к дежурствам сверх пределов рабочего времени. Запрещается направлять в командировку женщин, имеющих детей в возрасте до двух лет. Для направления в командировку женщины, имеющей детей в возрасте от двух до восьми лет, необходимо ее личное согласие.

Статья 187 КЗОТ Армении обязывает всех работодателей переводить беременных женщин и женщин, имеющих детей в возрасте до полутора лет, на более легкую работу. Период и вид этой работы определяются справкой медицинского учреждения. Облегчение труда женщин этой категории осуществляется либо путем перевода на другую работу, либо, при отсутствии такой возможности, путем понижения норм вы-

работки или норм обслуживания по выполняемой работе. При этом за женщиной на весь период перевода сохраняется ее прежний заработок, а также льготы, которыми она пользовалась до перевода. Необходимо подчеркнуть, что при таком переводе в трудовой книжке женщины никаких отметок не делается, что является гарантией сохранения за нею прежней работы и льгот.

Закон предусматривает также возможность создания для женщин рассматриваемой категории дополнительных благоприятных условий за счет собственных средств предприятия. Например, организация специальных участков бригад, цехов и рабочих мест, обеспечение бесплатным питанием, медикаментами, витаминными препаратами и т. д.

Беременной женщине законодательством Армении (статья 189 КЗОТ) предоставляется дородовой (по беременности и родам) отпуск продолжительностью 56 календарных дней и послеродовой на такой же срок. В случае ненормальных родов или рождения двух и более детей послеродовой отпуск предоставляется продолжительностью в 70 календарных дней. Порядок выплаты пособия за дородовой и послеродовой отпуск, его исчисление, предоставление льгот, регулирование отдельных ситуаций (например, явка на работу после окончания учебного заведения, отстранение от должности, освобождение из-под ареста и т. д.) регулируется "Положением о порядке обеспечения пособиями по государственному социальному страхованию", а также "Основными условиями обеспечения пособиями по государственному социальному страхованию".

От пособия по беременности и родам следует отличать пособия при рождении ребенка и по уходу за ребенком. Пособие при рождении ребенка — это единовременная выплата, независимо от того, работает ли мать ребенка, учится или занимается ведением домашнего хозяйства. Если мать ребенка не работает и не учится, этот вид пособия выплачивается по месту работы или учебы отца ребенка, независимо от его заработка или стипендии. Размеры пособия при рождении второго и последующего детей увеличиваются по срав-

нению с размерами пособия на первого ребенка. На усыновленных детей единовременное пособие выплачивается, если ребенок усыновлен непосредственно из родильного учреждения.

Во время отпуска по беременности и родам до достижения ребенком возраста одного года пособие выдается работающим матерям, имеющим общий трудовой стаж не менее одного года, а также матерям, обучающимся с отрывом от производства, независимо от трудового стажа. На практике не часто, но встречаются случаи, когда у женщины, находящейся в отпуске по уходу за ребенком, возникает право на новый отпуск по беременности и родам. В этом случае законодательство оставляет право за женщиной выбрать пособие по уходу за ребенком, либо пособие по беременности и родам.

Если мать по каким-либо причинам (стационарное лечение, смерть и т. д.) не может осуществлять уход за ребенком, то отпуск по уходу предоставляется его отцу, либо иному лицу, фактически воспитывающему ребенка с выплатой пособия по уходу.

При отсутствии права на частично оплачиваемый отпуск (например, при недостаточности стажа), женщина вправе потребовать от администрации предоставления ей отпуска без сохранения содержания до вступления в силу права на частично оплачиваемый отпуск или же достижения ребенком трехлетнего возраста.

Время частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком до достижения им одного года засчитывается в общий и непрерывный стаж работы, в стаж по специальности, а также в стаж, дающий право на государственную пенсию, в том числе на льготных условиях и в льготных размерах, но не засчитывается в стаж, дающий право на очередной ежегодный отпуск. Женщина вправе использовать отпуск по уходу за ребенком по своему усмотрению, по частям или полностью (до дня исполнения одного года ребенку), а также прервать его и выйти на работу в желаемое ею время. В таком случае выход на работу по заявлению женщины оформляется приказом администрации.

В соответствии со статьей 190 КЗОТ Армении администрация предприятия обязана предоставить женщине по ее желанию ежегодный очередной отпуск перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него, независимо от того, имеет ли она стаж для предоставления первого очередного отпуска (т. е. 11 месяцев). Вариации использования отпусков (аванс, присоединение, перенос, использование по частям) женщина избирает сама.

Женщина вправе по истечении частично оплачиваемого отпуска, иначе говоря по достижении ребенком возраста одного года, оформить по своему желанию дополнительный отпуск без сохранения содержания до исполнения ребенку трех лет (статья 191 КЗОТ), с использованием его по частям или полностью.

Кроме описанных выше отпусков, женщинам-матерям предоставляются и другие дополнительные отпуска, позволяющие им сочетать труд с материнством. Женщины, имеющие двух и более детей в возрасте до 12 лет, имеют право на дополнительный трехдневный оплачиваемый отпуск, а также отпуск без сохранения содержания сроком до двух недель. Дополнительный трехдневный отпуск присоединяется к основному, а отпуск без сохранения содержания может присоединяться к основному, либо предоставляться отдельно по желанию женщины в удобное для нее время.

В завершение необходимо отметить, что всеми предоставляемыми женщинам правами пользуются также работающие одинокие мужчины (разумеется, кроме права на дороговой отпуск). Наравне с матерями право на все виды отпусков имеют также и женщины, усыновившие детей, в том числе право на послеродовой отпуск, если ребенок усыновлен непосредственно из родильного дома.

Для женщин, имеющих детей в возрасте до полутора лет, законодательством (статья 194 КЗОТ) предусмотрены дополнительные перерывы для кормления ребенка, оплачиваемые за счет рабочего времени. Продолжительность перерыва составляет обычно по 30 минут через каждые три часа работы. В случае, если женщина не имеет возможности испо-

льзовать предоставляемый перерыв (скажем, из-за отдаленности места жительства от места работы), она может присоединить к нему обеденный перерыв, либо объединить два перерыва на кормление, либо перенести все перерывы на конец рабочего времени и закончить его раньше на сумму всех перерывов.

Надежной трудовой гарантией для женщин является их особое положение при проведении аттестаций в различных отраслях народного хозяйства, будь то аттестация руководящих инженерно-технических работников, аттестация ответственных работников аппарата управления, аттестация преподавателей или аттестация профессорско-преподавательского состава. Во всех случаях женщины, имеющие детей в возрасте до трех лет, аттестации не подлежат и могут быть включены в очередную аттестацию только через год после выхода на работу. При конкурсном отборе запрещено объявлять конкурс на должность, занятую беременной женщиной или женщиной, имеющей детей в возрасте до трех лет.

Несколько слов о гарантиях при увольнении с работы женщин. Статья 197 КЗОТ Армении содержит норму, запрещающую увольнение беременных женщин, а также матерей, имеющих детей в возрасте до трех лет, если инициатива увольнения исходит от администрации. Такое увольнение может иметь место только в случае полной ликвидации предприятия, но при этом вышестоящий орган или местные органы власти принимают меры к трудоустройству женщины.

Во всех случаях расторжения трудового договора женщинам этой категории сохраняется непрерывный трудовой стаж, при условии поступления на работу до достижения ребенком трехлетнего возраста.

Женщины-члены профсоюза, временно прекратившие работу в связи с воспитанием детей, сохраняют право состоять в профсоюзе до достижения детьми школьного возраста и пользуются культурно-бытовым обслуживанием наравне со всеми членами профсоюза.

Льготы многодетным и одиноким матерям

Наиболее важное место среди льгот одиноким и многодетным матерям занимает выплата им ежемесячных и единовременных пособий. Но, прежде всего, чтобы избежать недоразумений, необходимо четко определить используемые законом термины, которые не всегда совпадают с общеупотребительными. Так, под термином “одинокая мать” законодатель подразумевает отнюдь не всех женщин, воспитывающих детей в одиночку, без отца.

Мать-одиночка пользуется правом на пособие и другие льготы только в том случае, если в свидетельстве о рождении ребенка отсутствует запись об отце или такая запись произведена со слов матери. Поэтому узаконенное для одиноких матерей пособие не назначается на детей, на которых мать получает алименты или пенсию за кормильца, а также если лицо, от которого мать родила ребенка, признано в установленном порядке отцом ребенка или если ребенок усыновлен. Не выплачивается пособие и в том случае, когда одинокая мать проживает, ведет общее хозяйство и воспитывает детей совместно с лицом, от которого имеет других детей. Это обстоятельство не зависит от того, состоит она с ним в зарегистрированном браке или нет.

К одиноким матерям законодательство приравнивает женщин, не состоявших в браке и усыновивших (удочеривших) ребенка, однако лишь в том случае, если в книге записи рождений она записана в качестве матери.

Многодетными матерями считаются женщины, имеющие трех и более детей. При назначении пособия учитываются рожденные и усыновленные матерью дети, а также дети мужа и усыновленные им дети, поступившие на воспитание матери в возрасте не старше 12 лет. Немаловажная деталь: пособие назначается и выплачивается многодетной матери независимо от получения на детей пенсии или алиментов.

Государственное пособие одиноким матерям выплачивается ежемесячно до достижения ребенком шестнадцатилет-

него возраста, а учащимся, не получающим стипендии, — восемнадцатилетнего возраста. Многодетным матерям выплачиваются единовременные пособия при рождении каждого последующего ребенка и ежемесячные пособия. Если одинокая мать имеет четырех и более детей она получает одновременно два вида пособия: как многодетная и как одинокая мать.

Помимо выплаты пособий, государство предоставляет и другие льготы многодетным матерям. Например, подоходный налог с заработной платы для имеющих на своем иждивении более трех человек понижается на 30%. Работающим многодетным матерям, имеющим на иждивении трех и более детей, не достигших 16 лет (учащихся - 18 лет), пособие по временной нетрудоспособности выплачивается в размере 100% независимо от непрерывного трудового стажа. Пособием по уходу за больным ребенком, не достигшим семи лет, одинокие матери обеспечиваются на срок до 10 календарных дней (против 7 дней по общему правилу).

Одинокие и многодетные матери пользуются льготами в виде скидки при содержании их детей в детских яслях и садах, других дошкольных учреждениях.

Пенсии по возрасту многодетным матерям, родившим пять и более детей и воспитавшим их до восьмилетнего возраста назначаются по достижении ими возраста 50 лет при стаже работы не менее 15 лет. Предусмотрена возможность льготного назначения пенсии по возрасту и при неполном стаже работы многодетным матерям и матерям инвалидов с детства. В этом случае необходимо проработать лишь пять лет, но пенсия назначается с 55-летнего возраста.

Льготы для несовершеннолетних

Переход к рыночной экономике резко расширил практику применения труда подростков и детей, в этой связи социальному работнику приходится весьма часто сталкиваться с нарушением прав подростков, их социальной

незащищенностью. Знание нормативно-правовых актов, регламентирующих использование труда подростков, льгот для несовершеннолетних, безусловно, могло бы помочь социальному работнику выполнить свою миссию в этой сфере.

Несовершеннолетние лица (лица, не достигшие восемнадцатилетнего возраста) в трудовых правоотношениях приравниваются в правах к совершеннолетним, а в области охраны труда, рабочего времени и отпусков пользуются льготами, установленными законодательством. Прежде всего необходимо отметить, что законодательством не допускается прием на работу лиц моложе шестнадцати лет (статья 198 КЗОТ), так как по общему правилу право быть субъектом трудовых взаимоотношений признается за подростком с шестнадцати лет, когда он приобретает возможность самостоятельно распоряжаться своими правами, принимать на себя обязанности и нести ответственность за свои действия. Такое ограничение направлено, прежде всего, на охрану здоровья подрастающего поколения. В исключительных случаях, с учетом психофизиологических особенностей развития, допускается прием на работу подростков, достигших пятнадцатилетнего возраста, но при условии обязательного согласования вопроса с профсоюзным комитетом предприятия. Профсоюзный комитет в каждом отдельном случае выясняет причины такого желания подростка, его семейно-бытовые условия, условия труда, в которых он будет работать, их соответствие состоянию здоровья подростка, его личным интересам, склонностям, задаткам и т. д. После этого профсоюзный комитет может дать свое согласие на прием подростка, но может и отказать в этом, если придет к выводу, что он по своим данным не готов к систематическому труду на данном предприятии. Кроме того, подросток проходит медицинский осмотр, целью которого является решение вопроса его соответствия избранной профессии по медицинским показаниям. Проведение таких осмотров законодательством предусмотрено ежегодно до достижения работником восемнадцатилетнего возраста.

В целях охраны здоровья подрастающего поколения, за-

прещается использовать труд несовершеннолетних на тяжелых работах и на работах с вредными и опасными условиями труда, а также на подземных работах. Имеется утвержденный перечень (список) таких работ, который насчитывает свыше 3000 видов работ, где запрещается использовать труд несовершеннолетних. В соответствии с этими нормативными предписаниями молодые рабочие до 18 лет не должны назначаться на работу, заключающуюся исключительно в перемещении тяжестей весом более 4,1 кг. Перемещение тяжестей подростками допускается лишь при условии, что это непосредственно связано с их работой, отнимает не более трети их рабочего времени и не превышает установленных предельных норм. Предельные нормы перемещения тяжестей для подростков от 16 до 18 лет, варьируются в зависимости от пола подростка и способа перемещения. Молодые рабочие от 15 до 16 лет допускаются к перемещению тяжестей в исключительных случаях. Предельные нормы при этом сокращаются вдвое по отношению к нормам, установленным для подростков от 16 до 18 лет.

Законодательство предусматривает сокращенную продолжительность рабочего дня подростков. Для лиц в возрасте от 16 до 18 она составляет 36 часов в неделю, а в возрасте от 15 до 16 лет — 24 часа в неделю. Варианты использования рабочего времени (приход на работу позже обычного, уход с работы раньше обычного или, длительный перерыв в течение рабочего времени) оформляются приказом администрации.

Очередные отпуска несовершеннолетним предоставляются только в летнее время или, исключительно по желанию несовершеннолетнего, в любое другое время. Несовершеннолетние не могут быть привлечены к ночным и сверхурочным работам и к работам в выходные дни.

Установлен особый порядок увольнения рабочих и служащих моложе восемнадцати лет. Помимо общего порядка увольнения для них установлены дополнительные ограничения. Для увольнения подростка по инициативе администрации требуется согласие районной (городской) комиссии по

делам несовершеннолетних. При подаче же заявления об увольнении самим подростком, администрация в соответствии с Положением о комиссиях по делам несовершеннолетних обязана в трехдневный срок известить комиссию о намерении подростка уволиться. Это делается с целью дать возможность комиссии разобраться в действительных причинах подачи заявления и принять меры к защите прав подростка.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОГО И БРАЧНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Трудно представить себе современного человека, не знающего, скажем, порядка и условий заключения и прекращения брака или алиментных обязанностей родителей, прав на имущество супругов, родительских прав, обязанностей и т. д. Однако мало кому известны пути решения конфликтных и неординарных ситуаций. Именно о них и пойдет вкратце речь.

Правовое регулирование брачных и семейных отношений в Армении осуществляется только государством. Законным признается только брак, зарегистрированный в государственных органах записи актов гражданского состояния. Религиозный обряд брака не влечет за собой никаких правовых последствий.

Вместе с тем законодательство допускает исключения в отношении лиц, заключивших брак за границей и переехавших на постоянное жительство в Армению (скажем, репатрианты). В этом случае браки, заключенные по религиозным обрядам или по законам места их заключения, а также документы, удостоверяющие этот факт, признаются действительными в Армении.

Основным условием заключения брака является свободное согласие лиц, вступающих в брак, и достижение ими брачного возраста. В Армении он установлен в восемнадцать лет. В отдельных случаях закон предоставляет право исполкомам районных советов (но не ниже) понижать брачный возраст на один год и то только женщине.

По закону брак не может быть заключен между: лицами, из которых хотя бы одно состоит в другом браке; родственниками по прямой восходящей и нисходящей линии, полнородными и неполнородными братьями и сестрами, а также усыновителями и усыновленными; лицами, из которых хотя бы одно признано в установленном порядке недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия.

Права и обязанности супругов по отношению друг к другу возникают с момента регистрации брака в органах загса. Общеизвестно, что супруги, помимо других обязательств, обязаны также поддерживать друг друга материально. Однако, мало кто знает, что в отдельных случаях и после прекращения брака нуждающийся в материальной помощи супруг вправе требовать содержание от другого супруга не только на детей, но и на себя. Так, жена в период беременности и в течение полутора лет после рождения ребенка имеет право получать содержание от супруга, если беременность наступила до расторжения брака. И уж мало кто знает, что разведенный нуждающийся супруг имеет право на содержание, если он стал нетрудоспособным в течение одного года после расторжения брака. Или, если супруги длительное время состояли в браке, суд вправе взыскать алименты в пользу разведенного нуждающегося супруга и в том случае, когда этот супруг достиг пенсионного возраста не позднее пяти лет с момента расторжения брака.

Прекращение брака при жизни супругов (закон предусматривает также прекращение брака вследствие смерти супруга или объявления его умершим в судебном порядке) имеет место путем развода по заявлению одного или обоих супругов. Муж не вправе без согласия жены возбуждать дело о разводе во время беременности жены и в течение одного года после рождения ребенка.

Брак может быть признан недействительным при нарушениях условий его заключения, а также в случаях его регистрации без намерения создать семью (так называемый фиктивный брак). Признание брака недействительным производится только в судебном порядке. В этом случае важно

знать, что признание брака недействительным не влияет на права детей, родившихся в таком браке.

Родители являются законными представителями своих несовершеннолетних детей, на них лежит обязанность содержать детей, воспитывать их, заботиться о физическом и нравственном развитии, защищать их права и интересы во всех учреждениях, вплоть до судебных.

Родители или один из них могут быть лишены судом родительских прав, если они уклоняются от выполнения своих обязанностей, злоупотребляют своими правами, жестоко обращаются с детьми, оказывают дурное влияние на детей своим поведением и т. д. Лишенные родительских прав родители не освобождаются от обязанностей по содержанию детей.

Обязывая родителей содержать детей, закон в равной мере возлагает на детей обязанности по содержанию нетрудоспособных или нуждающихся в помощи родителей. Размер участия каждого из детей в содержании нуждающихся в помощи родителей определяется судом с учетом материального и семейного положения родителей и детей, в твердой денежной сумме, выплачиваемой ежемесячно. Здесь необходимо отметить, что родители, лишенные родительских прав, не вправе требовать содержания от своих детей.

Обязанности родителей по содержанию детей закон в равной мере возлагает и на отчима с мачехой, если дети находились у них на воспитании и содержании и не имеют родителей или родители не имеют средств на содержание детей. Пасынки и падчерицы, наравне с родными детьми обязаны содержать нетрудоспособных, нуждающихся в помощи отчима и мачеху, если последние содержали и воспитывали их.

Обладающие достаточными средствами внуки, обязаны содержать своих нетрудоспособных, беспомощных деда и бабушку, если они не могут получать содержание от своих детей или супругов. Такие же обязанности в отношении внуков законодательство возлагает на обладающих достаточными средствами деда и бабушку, если их несовершеннолетние

внуки, а также нетрудоспособные совершеннолетние внуки не имеют родителей или не могут получить содержание от своих родителей или супругов.

И несколько слов об усыновлении (удочерении). Усыновление (удочерение) представляет собой юридический акт, в результате которого усыновители и усыновленные берут на себя предусмотренные законом права и обязанности родителей и детей. Усыновление может иметь место только в отношении несовершеннолетних детей и только в их интересах.

Усыновителями могут быть совершеннолетние граждане обоего пола за исключением:

- лиц, лишенных по суду родительских прав;
- лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными или ограниченными в дееспособности;
- бывших усыновителей, если усыновление было отменено вследствие ненадлежащего выполнения первых своих обязанностей. Для усыновления ребенка, имеющего родителей, необходимо их согласие, выраженное в письменной форме. Особой формы такого согласия закон не устанавливает и поэтому оно может быть выражено любым письменным способом: заявлением, телеграммой, письмом и т. д. Родители могут дать свое согласие на усыновление по выбору органов опеки и попечительства.

Если родители лишены родительских прав или в установленном порядке признаны недееспособными или безвестно отсутствующими, их согласие на усыновление ребенка не требуется. Обязательным условием для усыновления ребенка, достигшего десятилетнего возраста, является его личное согласие.

При усыновлении ребенка лицом, состоящим в браке (если ребенок усыновляется не обоими супругами), требуется согласие другого супруга на усыновление. Такое согласие должно быть выражено в письменном заявлении. Усыновление возникает с момента принятия решения об усыновлении соответствующими органами местной власти.

Усыновленные и их потомки по отношению к усыновителям и их родственникам, а усыновители и их родственники по отношению к усыновленным и их потомству приравниваются в личных и имущественных правах и обязанностях к родственникам по происхождению. Таковы законы, регламентирующие отношения между родителями и детьми.

ПРАВОВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Считалось, что в социалистическом обществе нет и не может быть проблемы безработицы. Однако, с изменением общественных отношений, геополитической ситуации и форм собственности, занятость населения стала одной из важнейших проблем. 27 декабря 1991 года был опубликован Закон Республики Армения “О занятости населения”, который регулирует правовые, экономические и организационные положения обеспечения занятости населения, устанавливаемые государственные гарантии реализации права граждан на труд, а также их социальной защиты в случае безработицы. В целях осуществления государственной политики в области занятости населения создана служба занятости, определены ее функции, полномочия и права.

Впервые введено новое понятие — “работодатель”, в качестве которого может выступать не только государственное предприятие или колхоз (т. е. юридические лица), как прежде, но и физические лица, осуществляющие деятельность, не запрещенную законодательством, и использующие в установленном законом порядке наемный труд (это означает, что законодательство о труде в одинаковой мере распространяется на всех работодателей, независимо от их правового статуса и форм собственности). Определены также понятия занятых и незанятых граждан, лиц, ищущих работу и безработных. Гражданам, ищущим работу, Закон гарантирует бесплатное предоставление консультаций по профессиональной ориентации, информации о свободных рабочих местах,

посредничество в выборе и устройстве на подходящую работу, а также право обжалования действий государственных органов, службы занятости населения. Безработным гражданам гарантируется бесплатное профессиональное обучение, повышение квалификации и переквалификация, а также компенсация материальных затрат в связи с направлением на работу в другую местность.

Закон предусматривает и дополнительные гарантии для отдельных категорий граждан, испытывающих затруднения в деле трудоустройства и неконкурентоспособных на рынке труда. Эти гарантии предусмотрены для:

- *одиноких родителей, воспитывающих несовершеннолетнего ребенка;*
- *одного из родителей (по их выбору), имеющих трех и более детей в возрасте до 14 лет;*
- *инвалидов и граждан, имеющих на попечении нетрудоспособного инвалида;*
- *граждан, освобожденных из мест лишения свободы или из лечебных учреждений принудительного характера.*

Для реализации требований этого закона правительство республики по представлению службы занятости населения устанавливает для работодателей, имеющих 200 и более работников, стабильные квоты трудоустройства или создания новых рабочих мест, которые должны быть предоставлены представителям вышеуказанных групп населения.

Закон предусматривает и гарантии материальной помощи безработным в виде:

- *выплат стипендий за время профессиональной подготовки, повышения квалификации и переквалификации с включением всего периода обучения в общий трудовой стаж;*
- *выплат пособий по безработице;*
- *оказания материальной поддержки членам семьи безработного, находящимся на его иждивении, независимо от по-*

лучения или пособия по безработице.

Размеры, порядок, условия и сроки выплаты пособий по безработице, а также приостановления, сокращения и прекращения выплаты подробно регламентированы в статьях 21-26 Закона.

Итак, в Армении имеется достаточная законодательная и нормативная база для решения социальных вопросов и защиты прав социально не защищенного населения. Для того, чтобы выступить выразителем нужд своего подопечного, социальный работник должен знать минимум основных требований законодательства, регулирующего социальную область. Однако этого недостаточно, ибо сегодня в правовом закреплении нуждается статус самого социального работника.

Сама жизнь диктует необходимость законодательной базы, законодательного закрепления системы прав и обязанностей службы социальной работы. И тогда можно говорить о том, что в Армении наравне с другими отраслями законодательства действует и самостоятельная отрасль социального законодательства.

Устав Социальной Службы

I. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Социальная служба (в дальнейшем-служба) призвана помогать одиноким, беспомощным старикам и инвалидам, многодетным семьям, имеющим несовершеннолетних детей, сиротам и детям-инвалидам, семьям, состоящим только из пенсионеров, а также иным необеспеченным семьям. Ее деятельность направлена на удовлетворение нужд социально не защищенного населения, создание соответствующих условий для их жизнедеятельности, на сохранение способности к социальной адаптации и активное долголетие.

2. Осуществляемая социальной службой деятельность есть комплекс мероприятий экономического, социального и культурного характера, включающий в себя сочетание ряда услуг по уходу, продовольственной, медицинской, юридической, социально-психологической помощи, профессиональной подготовке, устройству на работу, организации досуга и др.

3. Служба является органом, защищающим права человека и гражданина и обеспечивающим государственные гарантии, связанные с этим.

4. Службы организуются совместным решением исполнительных комитетов районных, городских (городов республиканского подчинения) Советов депутатов и Министерства труда и социального обеспечения Республики Армения.

В процессе своей деятельности службы подчиняются ис-

полнительным комитетам районных, городских (в городах республиканского подчинения) Советов депутатов и Министерству труда и социального обеспечения Республики Армения.

Финансирование служб осуществляется за счет средств государственного бюджета.

5. Служба может иметь в своей организационной структуре отдел назначения пособий, аналитический, обслуживающий и организационный сектора. В структуру службы могут войти и сектор домашнего медико-социального обслуживания, сектор оказания первой помощи психическим, онкологическим, туберкулезным больным и гражданам, страдающим другими заболеваниями.

6. Правом пользования услугами социальных служб наделяются следующие группы населения:

-женщины старше 55-ти лет и мужчины старше 60-ти лет;

-инвалиды I-ой, II-ой и III-ей групп, которые живут одни и полностью или частично потеряли способность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности и испытывают в связи с этим необходимость постоянной или временной помощи;

-семьи, состоящие только из пенсионеров ;

-многодетные семьи, в составе которых имеются несовершеннолетние;

-сироты и дети-инвалиды, а также другие социально не защищенные семьи.

7. Иностранные граждане и лица, не имеющие гражданства, пользуются в сфере социального обслуживания правами граждан Республики Армения, если законодательством Республики Армения или ее международными договорами не предусмотрено иного.

8. В процессе своей деятельности службы руководятся действующим законодательством Республики Армения, ре-

шениями исполкомов районных, городских советов депутатов и данным уставом.

9. Координация деятельности служб, проведение единой политики, так же как и методическая и организационная помощь осуществляется со стороны Министерства труда и социального обеспечения Республики Армения.

10. Домашнее обслуживание одиноких, беспомощных стариков, инвалидов и семей, состоящих только из пенсионеров, услуги сиротам, детям-инвалидам и другим наиболее социально не защищенным семьям оказываются бесплатно.

11. Возглавляет службу начальник, которого назначает и освобождает от работы Министерство труда и социального обеспечения Республики Армения по представлению исполнительных комитетов районных, городских и городских районных Советов депутатов.

12. В пределах своей компетенции начальник службы издает приказы на основе и во исполнение законодательства Республики Армения, решений и распоряжений исполнительных комитетов районных, городских и городских районных Советов депутатов и актов Министерства труда и социального обеспечения Республики Армения.

13. Служба—юридическое лицо, имеет печать с полным наименованием службы и изображением герба Республики Армения.

II. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ

14. Основными задачами службы являются:

а) участие в разработке социальной политики района (города) и в обеспечении реализации социальных программ.

б) выявление и учет групп населения, нуждающихся в помощи и услугах социальных служб;

в) классификация социально не защищенных семей на основе системы признаков социальной дифференциации (доход, занятость, бытовые условия и т. д.);

г) назначение и выплата семейных пособий социально наиболее незащищенным семьям;

д) обеспечение всем гражданам равных возможностей пользования услугами социальных служб;

е) обеспечение доступности социального обслуживания и ее направленность на удовлетворение личных нужд обслуживаемых;

ж) организация в одном из объектов общественного питания бесплатного питания, а в случае необходимости, выделение продуктовых пайков;

з) содействие предоставлению бездомным временного жилья;

и) разработка комплекса мер по борьбе с бродяжничеством и попрошайничеством;

к) организация вместе с соответствующими подразделениями органов местной исполнительной власти погребения умерших одиноких и беспомощных;

л) представление центральным и местным комиссиям по гуманитарной помощи данных о наиболее необеспеченных семьях и на основе вынесенных ими решений содействие распределению гуманитарной помощи;

м) обеспечение обратившихся в службы необходимой информацией, разъяснениями и срочной психологической помощью; в случае необходимости направление в организации, которые смогут удовлетворить потребности людей наиболее полно и качественно;

н) оформление документов пенсионеров на стационарное социальное обслуживание;

о) сотрудничество с общественными, религиозными организациями, благотворительными фондами и отдельными гражданами.

15. Формы учетных карточек распределения гуманитарной помощи определяются Министерством труда и социального обеспечения Республики Армения.

III. ПРАВА СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ И ОБСЛУЖИВАЕМЫХ

16. Служба имеет право:

а) в случае необходимости потребовать от органов государственной налоговой инспекции и других организаций информацию о лицах, обслуживаемых службой, и в установленном порядке приостановить оказываемые службой услуги и выплату пособий;

б) прекратить обслуживание одиноких, беспомощных стариков и инвалидов, если кто-либо со стороны ухаживает за ними или обнаружены новые источники дохода.

17. Обслуживаемые имеют право:

а) на конфиденциальность информации;

б) получение достоверной информации о видах и формах социального обслуживания, условиях их оплаты, а также о других вопросах, касающихся социального обслуживания;

в) обслуживаемые, а также их правомочные представители имеют право отказаться от социального обслуживания. Служба обязана разъяснить возможные последствия отказа.

Отказ от социального обслуживания, который может привести к ухудшению состояния здоровья гражданина или угрозе его жизни, оформляется на основании заявления гражданина или его правомочного представителя, в котором отмечено о его информированности о последствиях в случае отказа.

18. Информация о службах предоставляется ответственным работником службы гражданам, а также законным представителям несовершеннолетних детей и лиц, признанных в установленном порядке, недееспособными. В отдельных случаях информация о социальном обслуживании выдается лицам, представляющим законные интересы обслуживаемых.

19. Социальное обслуживание и предоставление услуг осуществляется только с согласия граждан на пользование социальными службами.

Вместо лиц, не достигших 18-ти лет и признанных в установленном порядке нетрудоспособными, согласие на пользование социальным обслуживанием или услугами дают их правомочные представители.

В случае отсутствия правомочных представителей согласие дается опекунами и попечительскими органами.

20. Со стороны служб возможен отказ от предоставления социальных услуг лицам, страдающим хроническим алкоголизмом и заразными заболеваниями, тяжелыми психическими и венерическими заболеваниями, синдромом приобретенного иммунодефицита, а также при наличии других заболеваний, требующих лечения в специализированных медицинских учреждениях, что должно быть подтверждено медицинским заключением.

IV. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЗАТРАТ СРЕДСТВ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ

21. Основными направлениями затрат средств социальных служб являются:

а) выплата семейных пособий социально наиболее незащищенным семьям;

б) реализация территориальных программ социальной политики;

в) единовременная (разовая) денежная помощь и организация бесплатного питания;

г) затраты на сохранение службы;

д) местное обслуживание;

е) финансирование касс взаимопомощи для выдачи краткосрочной денежной компенсации наиболее нуждающимся лицам и семьям;

ж) затраты, связанные с распределением гуманитарной помощи.

ИЗ ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ГУМАНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.

При анализе проблем гуманитарной помощи в центре внимания оказываются цели, источники, субъекты, основные виды и принципы ее распределения. Как правило, гуманитарная помощь предназначается для: смягчения и устранения последствий стихийных бедствий, войн, блокад и т. д.; поддержки экономических реформ, восстановления и развития сельского хозяйства, промышленности, решения задач переходного периода; повышения жизненного уровня социально не защищенных групп населения; осуществления реформ в области науки, образования, просвещения, обеспечения научно-технического прогресса; усовершенствования системы здравоохранения; осуществления культурных программ, спортивных мероприятий; удовлетворения религиозных и других нужд населения.

Источниками гуманитарной помощи могут быть правительства государств, международные общественные, благотворительные организации, церковные структуры, различные общины и отдельные лица.

Помощь может выдаваться населению бесплатно или же по ценам ниже рыночных. Гуманитарная помощь может оказываться в виде: продовольствия (включая детское питание), одежды, горючего, стройматериалов, техники, услуг, строительных работ, медикаментов, медицинского оборудо-

вания, наличных денежных выплат, долгосрочных и краткосрочных ссуд, временных командировок специалистов для приобретения новых знаний и опыта, подготовки кадров, поддержки и финансирования тех или иных мероприятий, изданий, открытий, содействия развитию бизнеса и т. д.

Основные принципы распределения гуманитарной помощи общеизвестны и могут быть выражены в нескольких словах: служение гуманистическим ценностям, социальная справедливость, адресность. Но в каждом отдельном случае эти общие положения операционализируются в некий свод конкретизированных принципов, в правила, на базе которых формируются национальные механизмы распределения гуманитарной помощи. Моделью для анализа этих механизмов может служить Армения.

Современное политическое и социально-экономическое положение Армении обуславливается цепочкой событий, происшедших за последние несколько лет, — катастрофическое землетрясение 1988 г., радикальная трансформация общественного строя, экономический и энергетический кризис, карабахская война, повлекшая приток большого количества беженцев. Стечение всех этих обстоятельств создало в Армении крайне трудную ситуацию, самостоятельное преодоление которой оказалось невозможным. Гуманитарное участие мирового сообщества помогло Армении и ее народу перенести трудности переходного периода, повысить сопротивляемость к испытаниям, ввести свою экономику в прогрессивное русло.

Процесс притока гуманитарной помощи в республику можно, пожалуй, подразделить на два этапа. 1-й этап охватывает 1988-92 гг. Большая помощь от мировой общественности пришла армянскому народу сразу после землетрясения. В этот период получение и распределение гуманитарной помощи носило стихийный и неорганизованный характер. Ввиду отсутствия дееспособной государственной системы распределения гуманитарной помощи отдельные организации или лица, привозившие помощь в Армению, нередко сами же раздавали ее по собственному усмотрению.

2-й этап охватывает период с 1993 года по настоящее время и отличается централизованной организацией процесса получения и распределения гуманитарной помощи. В операциональном перечне принципов распределения этой гуманитарной помощи обозначены:

- максимальная адресность, предоставление помощи конкретным нуждающимся людям, с учетом индивидуальных нужд;

- гарантированность обязательного предоставления помощи имеющим на это право нуждающимся гражданам;

- дифференцированность подхода, установление зависимости между размером гуманитарной помощи и параметрами социально-экономического положения реципиентов, первоочередная адресация помощи лицам нетрудоспособным и находящимся в наиболее бедственном положении;

- соблюдение принципа комплексности социальной поддержки — сочетание нескольких форм помощи (денежной, продовольственной и др.);

- предоставление возможно большей самостоятельности местным органам социального обеспечения в координации по социальной поддержке населения на местах с мероприятиями центра по распределению гуманитарной помощи;

- постепенный пересмотр социальных нормативов, исходя из роста прожиточного минимума, оплаты труда, изменения уровня занятости населения и увеличения материальных ресурсов системы социального обеспечения;

- координация работ по проектированию и распределению гуманитарной помощи с общественными организациями, занимающимися благотворительной помощью;

- возможно полная информированность о направленности и результатах работы действующей системы распределения гуманитарной помощи.

РЕЦИПИЕНТЫ ГУМАНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В качестве реципиентов гуманитарной помощи в Армении выступают:

- отдельные социальные группы и категории населения (одиноким старики, многодетные семьи, семьи, состоящие только из пенсионеров, инвалиды, беременные женщины, дети в возрасте до 5 лет, дети без одного или обоих родителей, беженцы, семьи погибших ветеранов карабахской войны);

- население территорий, оказавшихся в чрезвычайной ситуации (жители зоны бедствия, приграничных с Азербайджаном районов, городов и сел, пострадавших от вооруженного конфликта, стихийных и технологических катастроф);

- работники отдельных отраслей народного хозяйства, работники системы образования, здравоохранения, строители, работники метрополитена, железнодорожники и т. д.;

- проживающие во временных жилищах (домиках, аварийных зданиях, общежитиях);

- лица, находящиеся на попечительстве у государства в домах для престарелых, в школах-интернатах, детских домах и т. д.

Согласно решению правительства Республики Армения сформирована Центральная комиссия гуманитарной помощи при правительстве Республики Армения, в состав которой входят руководители министерств и ведомств, представители зарубежных и местных благотворительных общественных, церковных и иных организаций. При исполнительных комитетах органов местного самоуправления действуют аналогичные городские, районные комиссии.

Центральная комиссия организует работы по учету и распределению поступающей в Армению гуманитарной помощи, согласуя их с Министерством экономики Республики Армения, с предоставляющими и получающими помощь организациями.

По решению правительства Республики Армения в системе местного самоуправления созданы специальные службы,

которые, согласно уставу, призваны содействовать социально не защищенным слоям населения, выявлять остро нуждающихся и выделять им гуманитарную помощь.

Примерная схема функционирования этой системы такова:



Особую роль в деле организации эффективной гуманитарной помощи играет программа “Фарос” (Маяк), которая дает возможность полнее соблюсти принцип социальной справедливости при распределении гуманитарной помощи.

Программа “Фарос” реализуется посредством заполнения для каждой нуждающейся семьи социального паспорта с личными данными ее членов. При оценке степени нуждаемости семьи учитывается не только принадлежность членов семьи к какой-нибудь социальной группе, но и величина ее дохода, место жительства и жилищные условия. Все собранные данные передаются затем на компьютерный анализ.

Степень нуждаемости семьи определяется по формуле:

$P = P_{срд} \cdot K_{см} \cdot K_{мж} \cdot K_{дх}$, где $P_{срд}$ — приходящееся на одного члена семьи количество баллов по социальным группам;

$K_{см}$ — коэффициент величины семьи;

$K_{мж}$ — коэффициент места жительства и жилищных условий семьи;

$K_{дх}$ — коэффициент дохода семьи.

Мировая практика показывает, что в случае продолжительного получения гуманитарной помощи в обществе может сложиться ситуация зависимости, социального иждивенчества и пассивности, атмосфера недооценки собственных возможностей, а порой и негативизма по отношению к национальным традициям.

В Армении для предупреждения негативных последствий гуманитарной помощи ведутся поиски ее более активных форм — таких как создание за счет гуманитарной помощи новых рабочих мест, осуществление программ развития. Важное значение придается совершенствованию механизма и принципов распределения гуманитарной помощи, тесная увязка последней с другими видами социальной помощи, программами развития. Планируется создание банка социальной информации и локальных центров по координации программ развития и гуманитарной помощи.

Предполагается, что созданная система будет функционировать по следующей схеме:



Гуманитарная помощь способствовала решению ряда неотложных задач, ускорила процесс восстановления хозяйства Армении, амортизировала весьма трудные социальные переходы и подготовила почву для перехода к программам развития.

KURZE INHALTSANGABE

1. STRUKTUR UND VERFAHRENSWEISEN IN DER SOZIALARBEIT

Die Sozialarbeit ist in der Tat eine "Versoehnungsinstitut" des Staates, der Gesellschaft und ihrer einzelnen Mitglieder. Die Grundfunktionen der Sozialarbeit sind die Fuersorge und der Schutz der sozial verletzlichen Bevoelkerungsgruppen einerseits und die soziale Kontrolle andererseits. Die Sozialarbeit kann, je nach dem Objekt der professionellen Bemuehungen des Sozialarbeiters, als Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit und Residentenarbeit realisiert werden. Die Einzelfallhilfe aehnelt der Prozessstruktur, dem Charakter der Wechselbeziehungen zwischen dem Sozialarbeiter und dem Objekt seiner professionellen Bemuehungen (dem Klienten) nach der aertzlichen Behandlung. Die Gemeinwesenarbeit bezieht sich auf grosse Gruppen von Menschen, die durch gemeinsame Beduerfnisse geeinigt sind und haeufig in einem geographischen Areal leben. Die Gruppenarbeit hat eine Gruppe von Menschen zu ihrem Objekt, die nicht nur durch gemeinsame Beduerfnisse, sondern auch durch bestimmte Normen und Wertvorstellungen miteinander verbunden sind und sich als Mitglieder einer Gruppe verstehen. Die Residentenarbeit wird hauptsaechli in Internaten und geschlossenen Anstalten geleistet. Die Klienten dieser Form der Sozialarbeit sind in ihrer Taetigkeit durch physische, geistige, psychologische oder juristische Umstaende eingeschraenkt, wodurch dem Sozialarbeiter spezifische Anforderungen entstehen. Die Theoretische Grundlage der Sozialarbeit stellen durch die Sozialarbeit adaptierte wissenschaftliche Theorien, dar welche die Modelle und Verfahrensweisen der Sozialarbeit bestimmen. Die Funktionen der Sozialarbeit als einer beruflichen Taetigkeit lassen sich als Individualisierung und Schutz jedes Klienten unter Beruecksichtigung seiner Beduerfnisse, Unterstuetzung wichtiger Sozialinstitute wie Familie und Gemeinde verallgemeinern.

2. EIN WENIG GESCHICHTE: VON DER PHILANTHROPIE ZU DEM BERUF

Die Geschichte der Sozialarbeit beginnt Mitte des 16. Jhs. (1547), als in England das Gesetz ueber die Armenhilfe (Poorlaw) in Kraft trat, dessen Ziel es war, alle Arbeitsfaehigen mit Arbeit und die

Arbeitsunfaehigen mit Fuersorge zu versorgen. Es wurden die ersten staatlichen Armenhaeuser eroeffnet und die Regierung organisierte mit der Hilfe der Wohlfahrtsverbaende materielle Hilfe an die Notleidenden ausserhalb der Arbeitshaeuser. Die Freiwilligen der Gesellschaften der Barmherzigkeit waren in der Tat die ersten Sozialarbeiter. Gegen Ende des 19. Jhs. wollten sie bewusst einen professionellen Sozialdienst aufbauen, Funktionen und Methoden klar identifizieren und eine theoretische und Wertbasis schaffen, wodurch sich der neue Beruf des Sozialarbeiters von den aehnlichen Berufen unterscheiden sollte.

Die Sozialarbeit entwickelte sich historisch in drei Richtungen: aertzliche Sozialarbeit, schulische Sozialarbeit und Familiensozialarbeit. Jede dieser Richtungen leistete ihren Beitrag zur Herausbildung der Sozialarbeit als einer spezifischen Art der beruflichen Taetigkeit.

3. DIE SITTLICHEN WERTE DER SOZIALARBEIT

Die Sozialarbeit ist einerder helfenden Berufe, die das Wohlergehen der Menschen foerdern. Sie beruht auf dem grundlegenden allgemeinmenschlichen Wert der Achtung vor dem Menschen und auf der Anerkennung des unbedingten Wertes und der Einzigartigkeit jedes Menschen.

Dieser hoechste moralische Imperativ wird in den folgenden Arbeitsprinzipien konkret: unbedingte positive Akzeptanz des Klienten, unabhaengig von den persoenlichen Praeferenzen des Sozialarbeiters; Individualisierung, die eine Typologisierung in der Arbeit mit einem konkreten Klienten ausschliesst; Mitbeteiligung, die die Einbeziehung des Klienten in die Arbeit an seinem eigenen Problem bedeutet; Anlehnung an die starken Seiten des Klienten; gegenseitige Verantwortung der Teilnehmer am Prozess der Sozialarbeit (des Klienten und des Sozialarbeiters); Selbstdeterminiertheit, d. i. Kompetenz des Klienten, Entscheidungen zu treffen und dementsprechen zu handeln. In der Praxis der Sozialarbeit fuehrt die Befolgung dieser Grundstaetze oft zu ethischen Dilemmas, die durch die Unfaehigkeit des Sozialarbeiters, alle ethischen Verpflichtungen gegen die beiden Teilnehmer am Prozess gleichzeitig zu realisieren, bedingt sind. Auch die Befolgung der Forderung der Vertraulichkeit kann zum Stein des

Ansosses werden. Bei der Loesung solcher Dilemmas koennen die theoretischen Kenntnisse und die Befolgung allgemeinemenschlicher Normen eine grosse Hilfe sein.

4. SOZIALPOLITIK ALS KOLLEKTIVE STRATEGIE DER LOESUNG SOZIALER PROBLEME

Verallgemeinert ist die Sozialpolitik eine kollektive Strategie der Loesung sozialer Probleme. Unter einem sozialen Problem wird hier ein Zustand in der Gesellschaft verstanden, der grosse Unruhe verursacht und zeilgerichteten Eingriff verdient. Mit der Strategie ist die Gesamtheit der gesetzlich verankerten Ziele, Technologien und Prozeduren. Durch das Wort "kollektiv" wird hervorgehoben, dass die Sozialpolitik nur bei koordinierter Wechselwirkung vieler Sozialagenten und Sozialgruppen der Gesetgeber, der Umsetzer der Programme, der Steuerzahler, der Vollzieher aller Ebenen, der finanzierenden Strukturen u. a. entsteht und realisiert wird.

Der Verfasser betrachtet die Ausarbeitung und Realisierung der Sozialpolitik als einen Prozess wechselseitiger Aktivitaeten, durch welche geklaert werden soll, ob die gegebene Situation in der sozialen Hinsicht problematisch ist, wie bedeutend, verbreitet und tief das Problem ist, wie die optimale Strategie des Eingriffs in den realen Verlauf der Lebenstaetigkeit der Gesellschaft sein soll, wer der konkrete Verbraucher der Spezialprogramme ist, welche die Finanzierungsquellen sind, wer in den Prozess der Fassung bedeutensamer Beschluesse einbezogen ist, welche die Kriterien der Einschaetzung der Ergebnisse der Programme sind usw. usf.

5. ARMUT: KONZEPTIONEN UND MESSMETHODEN

Die Definition der Armut als eines sozialen Phaenomens ist schwierig wegen der komplizierten Beschaffenheit dieses recht spezifischen Zustandes, der mit den herkoemmlichen Parametern nicht zu erfassen ist, sowie wegen der Abhaengigkeit dieser Definition von ideologischen Orientierungen und politischen Interessen.

Die Konzeption der absoluten Armut beruht auf der Auffassung der Armut als einer Erscheinung, bei der aus Mangel die minimalen Beduerfnisse des Menschen nicht befriedigt werden koennen. Um die absolute Armut zu charakterisieren, benutzt man solche Parameter wie Armutsspanne, Armutstiefe, Armutsgrenze, bei deren

Feststellung man von der Groesse des minimalen Warenkorbs ausgeht. Dabei bleibt der Inhalt dieses Warenkorbs umstritten.

Die Kozeption der relativen Armut widerspiegelt den Grad der Polarisierung in der Gesellschaft und den Charakter der Verteilung der Einkuenfte. Auch hier wird der Begriff der Armutsgrænze verwendet, einer vom Durchschnittseinkommen der Durchschnittsfamilie oder des Durchschnittseinwohners dieses oder jenes Landes abgeleiteten Groesse. Fuer die Identifizierung der relativen Armut werden ebenfalls subjektive Einschaezungen herangezogen.

Der Konzeption der subjektiven Armut liegt die Annahme zugrunde, bei der Feststellung der Armut sei die Meinung der Menschen ueber ihre eigene materielle Situation und das notwendige Minimalbudget entscheidend. Der Verfasser benutzt auch den Begriff der Kultur der Armut als einer Subkultur mit einer spezifischen Struktur von Werten, die von Generation auf Generation vererbt wird. Die Armut als Kultur kann als ein Ergebnis der Orientierung des Menschen auf den "heutigen Tag", als Unfaehigkeit, seine Zukunft zu planen, das Eigentum zu bewahren, effiziente Beziehungen mit anderen Menschen herzustellen, eine Ausbildung zu erhalten, sich in die Gesellschaft integrieren zu lassen, charakterisiert werden.

In einer Gesellschaft, die Transformationen unterworfen ist, unterscheidet sich die Armut grundlegend von der Armut in einer stabilen Gesellschaft. Dort ist die Wahrscheinlichkeit, ein Angehoeriger der Armenschicht zu werden, sehr gross, ausserdem fehlt dort eine Korrelation zwischen der Armut und der Bildung praktisch bei allen Bevoelkerungsschichten.

6. ARBEITSLOSIGKEIT: WOMIT DER SOZIALARBEITER HELFEN KANN.

Der Verlust der Arbeit ist eine der Situationen, die einen besonders starken Stress verursachen. Die Arbeitslosigkeit uebt einen psychologischen Einfluss sowohl auf den Arbeitslosen selbst als auch auf seine Familie und seine naechste Umgebung aus. Es gibt zahlreiche theoretische Ausgangspunkte zur Forschung der Mechanismen des Einflusses der Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit des Menschen. Sie liegen den Modellen zugrunde welche in der

Sozialarbeit mit Arbeitslosen angewandt werden. Als das verbreitetste gilt das Modell der Loesung des Problems der Beschaeftigung des Menschen. Es zielt auf die Aufhebung der Verhaltensstoerungen, die infolge der Arbeitslosigkeit aufgetreten sind, und auf die Hilfe bei der Suche.

7. VERWUNDBARE GRUPPEN

DER BEVOELKERUNG UND MITTEL, SIE ZU SCHUETZEN

Traditionell werden folgende in sozialer Hinsicht verwundbare Gruppen hervorgehoben:

- oekonomische Risikogruppen, die unter den Bedingungen leben, die weit unter den in der Gesellschaft ueblichen Standards liegen;
- soziale Risikogruppen, die auf dem Arbeitsmarkt nicht konkurrenzfaehig sind (z. B. Frauen, alte Leute, Kinder, Behinderte u. a.);
- Rassen- und nationale Minderheiten;
- Modalgruppen, die sich nicht von der "problemlosen" Mehrheit unterscheiden, die aber aus spezifischen Gruenden verwundbar geworden sind (z. B. im Stress stehende Menschen. Konfliktfamilien u. a.).

Weltweit werden folgende Strategien des sozialen Schutzes verwundbarer Gruppen angewendet:

Steuerverguenstigungen, finanzielle Unterstuetzungen, Sozialversicherung, Verguenstigungen in dem Dienstleistungsbereich und zusaetzliche Dienstleistungen, Unterstuetzung der Konkurrenzfaehigkeit einzelner Sozialgruppen, Schaffung von neuen Arbeitsplaetzen usw.

8. SOZIALARBEIT MIT FLUECHTLINGEN

Die Fluechtlinge bilden einer der in sozialer Hinsicht am wenigsten geschuetzten Gruppen in der Gesellschaft. Die Fluechtlinge aus Aserbaidschan - der Verfasser berichtet ueber die Arbeit mit ihnen - erlebten eine soziale Katastrophe in der Form von Pogromen und Deportation, sie wurden obdachlos, verloren ihr Hab und Gut, buessten ihre sozialen Bindungen ein. In Armenien wurden sie mit der Notwendigkeit einer sozialkulturellen und sprachlichen Adaptation konfrontiert. Die Aufgabe der Sozialarbeit mit Fluechtlingen ist ihre psychologische Rehabilitation und sozialkulturelle Adaptation an das neue Milieu. Als die geeignetesten Modelle

der Sozialarbeit mit Fluechtlings erscheinen der Eingriff in die Krise, das problemloesende und das psychosoziale Modell.

Der Sozialarbeiter soll sich auf das Wissen um die psychologischen Theorien der Krise, des Verlustes und der Einbusse stuetzen, denn die Situation eines gezwungenen Uebergangs vom Gewohnten und Vertrauten zu dem Neuen und Unbekannten zeichnet sich durch das Gefuehl des Verlustes, des Elendseins und des Zornes aus. Dieselben Gefuehle begleiten auch den Verlust des eigenen Heimes und der kulturellen Umgebung, die Eibusse des kulturellen Kontextes, was der Einbusse der existentiellen Wurzeln, der Stoerung der Ich-Konzeption gleichkommt.

9. SOZIALARBEIT MIT BEHINDERTEN

Der Verlust der Arbeitsfaehigkeit ist nicht das einzige Problem der Behinderten. Der Sozialarbeiter, der mit Behinderten arbeitet, hat zahlreiche Probleme zu loesen; die Schwierigkeiten der Adaptation in der Gesellschaft, der unregelmäßige Charakter seiner sozialen Wechselbeziehungen sind nur einige von diesen. Der Erfolg der Sozialarbeit mit Behinderten haengt von vielen Faktoren ab, u. a. von dem Typ der angeborenen oder erworbenen Behinderung, von den Besonderheiten der Herausbildung der Ich-Konzeption bei Behinderten. Bei angeborener Behinderung soll der Sozialarbeiter seiner Arbeit mit der Familie besondere Aufmerksamkeit schenken und die Persoenlichkeit des Behinderten nicht unberuecksichtigt lassen. Im Falle erworbener Behinderung soll die Sozialarbeit gleichermassen der Familie und dem Behinderten zugewendet werden. Der Verfasser beschreibt die Besonderheiten der Anwendung der Modelle des Eingriffs in die Krise und der aufgabenloesenden Therapie, die in der Sozialarbeit mit Behinderten besonders effizient sind.

10. SOZIALARBEIT MIT KINDERN

Das Kind ist das am meisten schutzlose und verletzte Individuum, das im Gegensatz zum Erwachsenen das Problematische seiner Situation nicht immer begreift, es versteht die Ursachen der Unruhe, die es empfindet, oft nicht und ist nicht imstande um professionelle Hilfe zu bitten.

Eine hochqualifizierte Sozialarbeit mit Kindern setzt vor allem

die Fähigkeit voraus, die Schwierigkeit des Umgangs mit den Kindern zu überwinden, die Berücksichtigung der Besonderheiten des Kommunikationsprozesses, welche auf die Spezifik des Verhaltens der Kinder und die Beschränktheit ihres Wortschatzes zurückzuführen sind darauf, dass seine Schutzmechanismen sich noch nicht herausgebildet haben.

In der Sozialarbeit mit Kindern müsste man die Form der direkten Fragen und Antworten möglichst vermeiden. Das geeignetste kommunikative Modell ist das des Umgang über ein drittes Objekt: eine Zeichnung, ein Bild, ein Spielzeug, ein Tier. Im Spiel kann das Kind seine Wechselbeziehungen mit seiner nächsten Umgebung reproduzieren. Der Verfasser betrachtet Fälle der Verwahrlosung und der inadäquaten Sozialisierung der Kinder und zeigt mögliche Modelle der Sozialisierung und der Familientherapie, die Lehren, Modellieren, Rollenspiel und die Bewertung der erzielten Ergebnisse voraussetzen.

11. FRAUEN IM FOKUS DER SOZIALARBEIT

Die Vielseitigkeit der Probleme lässt in der Sozialarbeit mit Frauen vielfältige Modelle der Sozialarbeit verwenden, darunter das psychosoziale, das um den Klienten zentriert ist, das kognitivbehavioristische, das Modell des "Sozialen Lehrens", das der Familientherapie, den Eingriff in die Krise und das um die Aufgabe zentrierte Modell. Eine besondere Rolle spielt dabei das feministische Modell, von den Aktivistinnen der Frauenbewegung ausgearbeitet es akzentuiert die Frauenunterdrückung und -diskriminierung in der Gesellschaft, der Familie und der Umgebung sowie den Einfluss der patriarchalischen Verhältnisse auf alle Bereiche des Lebens der Frauen.

12. FAMILIENSOZIALARBEIT

Die Familie ist eines der wichtigen Objekte der Sozialarbeit, in deren Mittelpunkt der Wohlstand und die Gesundheit, das Mikroklima und das gegenseitige Verständnis, die Erziehung und die sozialpsychologische Rehabilitation der Familienmitglieder u. a. stehen können. Von den Modellen, die in der Familientherapie angewandt werden, wird das "aufgabenzentrierte" Modell ausführlich

behandelt, bei dem der Sozialarbeiter verschiedene Szenarien aus dem Familienleben unter Beteiligung der Familienmitglieder spielt, er laesst die "Schauspieler" selbst die richtigen Loesungen ihrer Probleme finden, die Wechselbeziehungen zwischen verschiedenen Rollen und zwischen verschiedenen Generationen in der Familie vervollkommen.

Bei der Betrachtung der Besonderheiten der Sozialarbeit mit Familien, die komplizierte und reiche Sozialverbindungen und Umgebungen haben, werden die Vorteile einer umweltfreundlichen Verhaltensweise betont, die es dem Sozialarbeiter ermoeeglichen seine Aufmetksamkeit auf die Struktur und den Inhalt der Aussen- und Innenbeziehungen der Familie zu konzentrieren, nach der Formel des optimalen Funktionierens des Systems "Familie-Mikroumgebung" effizient zu suchen.

13. DER SOZIALARBEITER IM KRANKENHAUS

Die Sozialarbeit im Gesundheitswesen bezweckt die Loesung oder die Entschaerfung von Problemen und Emotionen, denen der Mensch im ungesunden Zustand begegnet. Der Sozialarbeiter im Gesundheitswesen dient als ein Bindeglied zwischen dem Patienten und dem Arzt, dem Patienten und der sozialen Mikroumgebung. Die professionelle Taetigkeit des Sozialarbeiters und seine Funktionen in verschiedenen Etappen des Genesungsprozesses haben recht viele spezische Besonderheiten. Die Verfasser untersuchen diese Besonderheiten in den folgenden Etappen:

- der Diagnostik, wo der Sozialarbeiter den Einfluss der Spezialfaktoren zu klaeren hat;
- der Behandlung, wo der Sozialarbeiter den Lebensstil des Kranken beruecksichtigen und die wirksamsten Behandlungsweisen finden soll;
- der Entlassung aus dem Krankenhaus, wo der Sozialarbeiter den Einfluss der stressausloesenden Faktoren auf ein Minimum zu reduzieren hat.

Um seine professionellen Funktionen realisieren zu koennen, muss der Sozialarbeiter seine Rolle genau erkennen und sie sorgfaeltig erfuellen, er muss sich medizinische Kenntnisse aneignen und in den klinischen Multidisziplinargruppen, die keine hierarchische Struktur aufweisen, effizient funktionieren.

14. ROLLE DER SOZIALARBEIT AUF DEM GEBIET DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT

Die Rolle der Teilnahme des Sozialarbeiters an der Erhaltung der psychischen Gesundheit waehrend der stationaeren Behandlung eines psychisch ungesunden Menschen nimmt in dem Masse zu wie die Behandlung mit Medikamenten reduziert wird, und je naeher der Tag der Entlassung des Kranken aus der Klinik rueckt, desto wichtiger werden die sozialen Faktoren der Genesung. Indem er als ein Bindeglied zwischen der Klinik und der Aussenwelt auftritt, erleichtert der Sozialarbeiter die Readaptation des psychisch kranken Menschen. Der Verfasser illustriert die Moeglichkeiten des Sozialarbeiters bei geisteskranken Menschen unter Einsatz des kognitiv-behavioristischen Modells, wobei der Schwerpunkt auf der Umdeutung der Stresssituation liegt, der dissensibilisierenden Therapie, der Elemente der Familientherapie.

15. DROGENSUECHTIGE: PROBLEME DER SOZIALEN READAPTATION

Drogensucht und Alkoholismus sind nicht nur medizinische, sondern auch soziale Probleme. In der Diskussion ueber die Natur dieser Erscheinungen stehen sich zwei Positionen gegenueber. Eine von diesen interpretiert die Drogensucht und den Alkoholismus als Krankheiten pathogenetischen Ursprungs, die andere sieht in ihnen eine durch die Person oder sozial bedingte Verhaltensweise.

Dementsprechend werden zwei Behandlungsweisen vorgeschlagen. Die erste - medizinische - empfiehlt, auf Drogen (Alkohol) zu verzichten; die zweite - kognitiv-behavioristische - empfiehlt eine Selbstkontrolle des Abhaengigen ueber den Drogen- oder Alkoholgebrauch.

Der Verfasser betrachtet die Drogensucht vor allem als ein Problem Halbwaechsigiger, das mit der Alterskrise, der Anerziehung einer Tendenz zur nichtpersonbezogenen Befriedigung der Beduerfnisse zusammenhaengt, dadurch wird die Teilnahme des Sozialarbeiters in allen Etappen der Hilfe an die Drogensuechtigen notwendig. Eine wirksame Hilfe an die Drogensuechtigen, die auf der medizinischen Konzeption der Drogensucht beruht, setzt eine freiwillige Bitte um diese Hilfe voraus sowie die rechtliche

Gleichstellung des drogensuechtigen Kranken mit somatischen Kranken, die Befreiung des Arztes von den Funktionen eines Polizisten und die Beschraenkung seiner Taetigkeit auf den medizinischen Bereich. Bei dieser Hilfe spielt der Sozialarbeiter eine aeusserst wichtige Rolle, wie auch bei der Loesung des Problem der sozialen Readaptation von Drogensuechtigen. Der Verfasser beschreibt einen Behandlungsfall und zeigt die Wirksamkeit eines komplexen - medizinischen und kognitiv-behavioristischen - Verfahrens.

16. SOZIALARBEIT MIT RECHTSBRECHERN

Die Richtung, die Formen und die Effizienz der Sozialarbeit mit Rechtsbrechern haengen von zahlreichen Faktoren ab: von dem Persoenlichkeitstyp des Rechtsbrechers, seinem Alter, Geschlecht und davon, wann der Sozialarbeiter eingreift - in der Erwartung des Urteils, waehrend der Strafverbueessung oder nach der Haftentlassung. Die Herausbildung der Persoenlichkeit des Rechtsbrechers kann unter dem Einfluss der missratenen Familie, der materiellen Schwierigkeiten, der situativen Motive, die damit verbunden sind, dass das Verbrechen psychologisch verfuhrerisch sein kann, mit einem "Brandmal", "Stigma" und anderen Faktoren sozialen und sozialpsychologischen Charakters. Der Verfasser zeigt, dass die Taetigkeit des Sozialarbeiters in der Arbeit mit Rechtsbrechern vor allem ein besseres Funktionieren der Mechanismen der sozialen Kontrolle bezwecker soll, die Entstehung des Gefuehls der Zusammengehoerigkeit der Person zur Gruppe, ihre Einbeziehung in eine nicht deviante Taetigkeit, eine Aktivierung des Prozesses der Internalisierung von gesellschaftlichen Normen und das Stimulieren der sozial akzeptablen Formen der Selbstbehauptung.

17. REGELUNG SOZIALER WECHSELBEZIEHUNGEN DURCH DIE GESETZGEBUNG ARMENIENS

Die juristischen Kenntnisse sind ein unterlaesslicher Bestandteil der professionellen Kenntnisse eines Sozialarbeiters. Besonders wichtig ist die Kenntnis der gegenwaertigen Gesetzgebung Armeniens, die den sozialen Schutz der Staatsbuerger unter den

Bedingungen des gewoehlichen Rechtsregimes sowie die Verguenstigungen und Vorteile regelt, die verschiedenen Kategorien der Staatsbuerger gewahrt werden, insbesondere Frauen und Minderjaehrigen; wichtig ist auch die Kenntniss einer Reihe Besonderheiten der Arbeits-, Familien- und Rentengesetzgebung sowie der rechtlichen Regelung der Beschaeftigung der Bevoelkerung.

18. AUS ERFAHRUNGEN EINER ORGANISATION, DIE HUMANITÄRE HILFE VERTEILTE

Eine Information ueber die humanitaere Hilfe, ihre Ziele, Quellen, die Subjekte, Objekte und Prinzipien ihrer Verteilung sowie ueber ihre sozialen Folgen ist eine unerlaessliche Voraussetzung fuer das Verstaendnis der sozialpsychologischen Situation im Lande und der Wirksamkeit der Sozialarbeit mit den notleidenden Familien in Armenien, das durch das Erdbeben von 1988 in eine aeusserst schwierige Situation geraten war, dazu kam der Prozess der Transformation der Gesellschaftsordnung, die Wirtschaftskrise und der Karabach-Krieg, der eine Flut von Fluechtlingen zur Folge hatte.

Hier wird ein spezifisches System der Verteilung der humanitaeren Hilfe verwendet, das die Gruppen der Empfaenger der humanitaeren Hilfe recht genau identifizieren laesst, eine ganze Reihe ihrer negativen Folgen zu hindern und den Prozess des Uebergangs zu den Entwicklungsprogrammen zu beschleunigen ermoeeglicht.

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКТОРА	5
--------------------	---

Глава I. ВВЕДЕНИЕ В СОЦИАЛЬНУЮ РАБОТУ

СТРУКТУРА И МОДЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.....	7
КРАТКАЯ ИСТОРИЯ: ОТ ФИЛАНТРОПИИ К ПРОФЕССИИ	20
НАВЯЗАННЫЕ ЦЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ	25

Глава II. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА И СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА КАК КОЛЛЕКТИВНАЯ СТРАТЕГИЯ РЕШЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ	47
БЕДНОСТЬ: КОНЦЕПЦИИ И МЕТОДЫ ИЗМЕРЕНИЯ.....	55
БЕЗРАБОТИЦА: ЧЕМ МОЖЕТ ПОМОЧЬ СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК.....	78

Глава III. РАБОТА С СОЦИАЛЬНО НЕЗАЩИЩЕННЫМИ ГРУППАМИ НАСЕЛЕНИЯ

УЯЗВИМЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ И СПОСОБЫ ИХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ.....	111
СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С БЕЖЕНЦАМИ.....	116
СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ИНВАЛИДАМИ.....	144
СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ.....	157
ЖЕНЩИНЫ В ФОКУСЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.....	181
СЕМЕЙНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА.....	194
СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК В БОЛЬНИЦЕ.....	204
РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ.....	216

Глава IV. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА И ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

НАРКОМАН: ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАДАПТАЦИИ.....	235
СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ПРАВОНАРУШИТЕЛЯМИ.....	254

Глава V. В ПОМОЩЬ СОЦИАЛЬНОМУ РАБОТНИКУ

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА.....	263
ЗАКОПОДАТЕЛЬНОСТЬ ДЛЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА.....	267
УСТАВ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ.....	295
ИЗ ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ГУМАНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.....	301

Социальная работа
Теория и практика
Учебное пособие

Под редакцией члена Армянской
Философской Академии
Л. А. АРУТЮНЯН

Корректор **А.Я. ЯВРИАН**
Оформление **Т.М. СОСОЯН**

Заказ 144 Тираж 1000 Формат 60х84/16, 20п/л
Типография ЕГУ, ул. Абовяна 52