

дений к их личности с достижением совершеннолетия стало менее значительным (29%), существенно снизилось (36), не снизилось (29), 4% опрошенных не обращаются в социальные службы.

На вопрос, нужны ли при бюро МСЭ службы, в которых будут проводиться консультации по вопросам, возникающим при оформлении инвалидности, 77% ответили положительно. И лишь 2% опрошенных считают, что данные структуры не нужны. Виды помощи, которые хотели бы получить опрошенные в данных службах, распределились следующим образом: информирование по вопросам, возникающим при сборе документов для МСЭ (28%); информирование по правовым вопросам (19); советы по общению с медицинскими работниками (17); советы по общению с окружающими людьми (14); подбор ИПР (11), советы по преодолению стрессовых ситуаций (10%). При оценке степени нуждаемости в специалистах по пятибалльной шкале первое место заняла должность юриста – 183 балла, социального педагога – 165, психолога – 164 балла. При этом, женщины нуждаются в помощи специалистов следующим образом: юрист – 104 балла, социальный педагог – 99, психолог – 93 балла. Мужчины: юрист – 79 баллов, психолог – 72, социальный педагог – 65 баллов.

Когда все возникшие у подростка проблемы переходят во внутриспсихическую сферу, в его сознании развивается недоверие к окружающим, чувство беспомощности, формируется пассивная жизненная позиция, выражающаяся в конформизме. В данных условиях подростку-инвалиду необходима органичная помощь таких специалистов, как социальный работник, врач-реабилитолог, психолог. Подростку также необходима консультация при оформлении документов, необходимых для «взрослой» МСЭ. Проблемы, встающие перед подростками, приводят к отказу от получения группы инвалидности. В связи с этим возникает необходимость оказания социально-педагогической помощи на базе бюро МСЭ, к видам которой относятся: советы по общению с медицинскими работниками и окружающими людьми, по преодолению стрессовых ситуаций, защите прав подростков. Только путем активного содействия и взаимопонимания со стороны социальных и медицинских служб, реабилитация подростков, имеющих инвалидность, будет осуществляться эффективно.

Д.В.Детков, О.В.Забродин, К.Ю.Ретюнский

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ РАННЕМ АЛКОГОЛИЗМЕ

В последние годы проблема раннего алкоголизма приобрела многогранный характер, включая экономический, медицинский, социальный, правовой, воспитательный аспекты. Наркологическая ситуация в Россий-

ской Федерации сохраняется крайне напряженной в связи с непрерывным ростом алкогольных проблем среди взрослого и детского населения (Иванец Н.Н., 2000 [2]; Семке Н.А., с соавт., 2005 [5]; Сидоров П.И., 2006 [4]). Эпидемиологический анализ наркологической ситуации в Екатеринбурге позволяет утверждать о стремительном увеличении распространенности алкогольных проблем среди несовершеннолетних. Согласно данным областной детско-подростковой наркологической службы, количество подростков, страдающих ранним алкоголизмом, за 2002-2005 гг. возросло в 18 раз. Максимальное количество первичных обращений с данной проблемой отмечено в 2004 г. (Ретюнский К.Ю., с соавт., 2006; Детков Д.В., Забродин О.В., с соавт., 2006 [1]).

В целях усиления борьбы с эпидемией психосоциальных и психических расстройств, представляющих одну из важнейших угроз для здоровья и благополучия жителей Европы, членами Европейского региона ВОЗ, включая Российскую Федерацию, в 2005 г. была подписана Хельсинская декларация. Основная часть декларации посвящена проблеме психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте. В европейском регионе почти 2 млн молодых людей страдают психическими расстройствами, при этом большая часть не получает необходимой психосоциальной помощи (Макушкин Е.В., 2007; Вострокнутов Н.В., 2007; Раевская Л.Г., 2007 [3]).

Необходимость активного участия специалистов по социальной работе и социальных работников в осуществлении лечебно-реабилитационного процесса при раннем алкоголизме продиктована высокой распространенностью этого заболевания, а также поиском эффективных форм помощи. Социальная работа представляется многоуровневой и многообразной, требующей от сотрудников таких личных качеств, как целеустремленность, настойчивость, трудолюбие, энтузиазм, высокая профессиональная и личная репутация, обаяние, воля. Значительную роль играют духовно-правственные качества, милосердие, сострадание, совесть, ответственность, чувство гражданской и социальной справедливости. Характер деятельности социального работника требует владения техниками общения. Не обойтись и без творческого подхода к делу из-за регулярного возникновения нестандартных ситуаций. Весьма важным представляется личный опыт специалистов по социальной работе, так как нередко сложные жизненные ситуации разрешаются на основании жизненной мудрости. Как следствие, высшего профессионального мастерства достигают специалисты, состоявшие в семейной жизни, умудренные преодолением бытовых и бюрократических барьеров, нередко имеющие многолетний трудовой стаж в других отраслях народного хозяйства.

К общим технологиям социальной работы в областной детско-подростковой наркологической службе относятся социальное консульти-

рование, социальный патронаж, социальное посредничество. Социальное консультирование является первичным взаимодействием между пациентом и социальным работником для оказания социальной помощи пациенту. Под социальным патронажем понимается социальное сопровождение пациента до разрешения его проблемы, в процессе которого осуществляется активная работа с пациентом и его семьей. Социальный патронаж длится от 3 месяцев до 1 года. Срок определяется тяжестью проблемы и активностью пациента. В поддержке специалиста важную роль могут играть заинтересованные люди из микроокружения пациента и его родственников. Наконец, социальное посредничество заключается в представлении интересов и взглядов пациента и/или его семьи перед специалистами государственных учреждений и наоборот.

Нами выделены три взаимодополняющих подхода к психосоциальному вмешательству в проблемы пациента. В рамках воспитательного подхода социальный работник выступает в роли учителя, консультанта, эксперта, предлагая совет, обучая умениям, моделированию и демонстрации правильного поведения, устанавливая обратную связь. При посредническом или фасилитативном подходе социальный работник играет роль помощника, сторонника или посредника в преодолении проблемной дезорганизации личности, нацелен на интерпретацию поведения, обсуждение альтернативных направлений деятельности и действий, объяснение ситуаций, подбадривание и мобилизацию внутренних ресурсов. Наконец, адвокативный подход применяется в случае, когда исчерпаны ресурсы предыдущих подходов. Социальному работнику приходится непосредственно решать ряд социальных проблем. Чаще пациент в силу психических или физических дефектов не способен справляться с повседневными делами (сходить в магазин или собрать документы для получения пособий).

Особенно важно, чтобы специалисты по социальной работе использовали многоосевой диагноз. Это позволяет четко определить проблему и наметить правильную тактику. Ось психосоциальной ситуации предполагает оценку аномальных внутрисемейных взаимоотношений, умственных расстройств, девиаций или нетрудоспособность у родственников пациента, аномальных вариантов воспитания, острых жизненных ситуаций и социальных стрессов, хронических стрессовых ситуаций, относящихся к школе или работе.

Ось оценки состояния психологического, социального положения пациента, его трудоспособности (определение степени психосоциальной инвалидности) включает в себя: отличное/хорошее психосоциальное функционирование, умеренное социальное функционирование, но с проходящими трудностями по 1-2 сферам, незначительную или легкую социальную инвалидизацию, умеренную социальную инвалидизацию по 1-2 сферам, выраженную социальную инвалидизацию (инвалидность в боль-

шинстве социальных сфер).

Анализ деятельности специалистов по социальной работе и социальных работников наркологического диспансерного отделения в 2002-2005 гг. позволил сделать следующие выводы. У социальных работников отсутствовала базисная специальная профессиональная подготовка, чаще имелся небольшой стаж работы в области психиатрии и наркологии. Существовала проблема несогласованности в действиях между представителями полипрофессиональной бригады, недостаточно разработаны механизмы взаимодействия между различными специальностями. Специфика самой работы характеризуется высоким риском возникновения эмоционального выгорания.

Проведенный анализ преследовал цель преодоления обозначенных проблем специалистами многодисциплинарных бригад (МДБ). В результате психотерапевтом и клиническим психологом была разработана программа тренинговых занятий для социальных работников амбулаторной наркологической службы. Среди задач тренинга были выделены: повышение эффективности работы команды социальных работников, повышение нематериальной мотивации к работе, развитие коммуникативных навыков личности, поиск творческих и интеллектуальных ресурсов, улучшение взаимодействия с другими сотрудниками службы, расширение представлений о своей профессиональной роли и развитие креативных способностей.

Занятия проводились еженедельно в кабинете психотерапии. Длительность одного занятия – 4 часа. Ведущими в группе были два котерапевта. Из методов психотерапии применялись гештальт-терапия, телесная психотерапия, рационально-поведенческая психотерапия. Результатом проведенного тренинга профессионального роста социальных работников явилось повышение профессиональной мотивации, желание продолжать совершенствование и внедрять новые технологии социальной помощи детям с наркологической патологией. Изменились и представления социальных работников о своей роли в составе многодисциплинарной бригады, повысилось чувство собственной значимости при проведении профилактических и реабилитационных мероприятий. Еще одним позитивным моментом проведенного тренинга следует признать положительный отзыв других сотрудников отделения, прежде всего, медицинских сестер, попросивших запланировать для себя подобные занятия.

Таким образом, с учетом высокой эффективности дальнейшее развитие комплекса социальной помощи, расширение спектра психосоциальных услуг для пациентов детско-подростковой наркологической службы следует назвать одним из приоритетных направлений деятельности областной детско-подростковой наркологической службы.

1. *Детков Д.В., Ретюнский К.Ю., Ойхер Д.Я., Канарский П.А., Забродин О.В.* Ранний алкоголизм. Современные представления о диагностике, патогенезе, терапии и реабилитации. Екатеринбург, 2006.
2. *Иванец Н.Н.* Лекции по наркологии. М., 2000.
3. *Макушкин Е.В., Вострокнутов Н.В., Раевская Л.Л.* Стратегия социальной детской психиатрии: международный опыт, организационные и клинические направления помощи // Современные проблемы охраны психического здоровья детей: Мат. Всерос. науч.-практ. конф. 24-26 апреля 2007 г. Волгоград, 2007.
4. *Сидоров П.И.* Наркологическая превентология: Руководство. М., 2006.
5. *Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.П.* Кшиико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. 2005. № 12.

Т.П.Дурасанова

СОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ УЧРЕЖДЕНИЙ ИНТЕРНАТНОГО ТИПА

Инвалидность – распространенный социально-психологический феномен. Число лиц с ограниченными возможностями в мире по разным оценкам – от 10 до 20% населения. В Российской Федерации их число составляет свыше 9 млн чел. и постоянно растет. Социальная работа с инвалидами – одно из важнейших направлений социальной защиты населения. Это категория лиц, которые нуждаются в дополнительных гарантиях со стороны общества и государства в силу своего состояния, и работа осуществляется по двум направлениям. С точки зрения общих глобальных проблем – это изменение общего мнения о проблемах этих людей, формирование среды жизнедеятельности, создание системы социальной помощи; с точки зрения отдельного индивида – это создание необходимых условий для адаптации к новым жизненным обстоятельствам с учетом индивидуальных особенностей, возможно более полная интеграция в общество.

Таким образом, социальная интеграция человека с ограниченными возможностями – важнейшая проблема, как с позиций личности, так и с позиций общества в целом. Проблемы инвалидности не могут быть поняты вне социокультурного контекста, в котором живет человек. Инвалидность, ограничение в возможностях не могут относиться к разряду чисто медицинских явлений. Значительно большее место в понимании этой проблемы и преодолении ее последствий имеют социально-медицинский, чисто социальный, экономический, психологический и другие факторы.

Вот почему технологии социальной помощи лицам с ограниченными