

Материалы для сборника предоставлены С.В. Ивановой, врачом-психиатром ГОБУЗ НОНД «Катарсис», и А.И. Нечипоренко, клиническим психологом детско-подросткового отделения ГОБУЗ НОНД «Катарсис».

Издание предназначено для руководителей и специалистов учреждений социального обслуживания населения, а также для родителей, страдающих алкогольной зависимостью.

Содержание

1.	Введение	3
2.	Алкогольная зависимость. Понятие. Особенности течения. Клинические проявления	4
3.	Предпосылки развития болезней химической зависимости	10
4.	Дисфункциональная семья. Созависимость	14
5.	Алгоритм работы специалистов учреждений социального обслуживания населения по оказанию помощи гражданам с синдромом зависимости	20
6.	Особенности мотивационной работы с химически зависимыми и безработными	23
7.	Лечебно-реабилитационные программы для зависимых	30
8.	Комплексная модель медико-социальной реабилитации родителей, страдающих алкогольной зависимостью	36
9.	Практические рекомендации	40
	Приложение 1	
	Приложение 2	
	Приложение 3	
	Приложение 4	
	Приложение 5	

Введение

Алкоголизм в России в настоящее время достиг катастрофических масштабов. Статистика алкоголизма в России свидетельствует, что на каждые 100 000 человек сегодня приходится 2 269,7 алкоголика. И это только те, чей диагноз установлен официально. Ещё более пугающие цифры дает статистика по подросткам в возрасте 12-14 лет.

Алкоголизм называют семейной болезнью, больной алкоголизмом превращает жизнь близких ему людей в настоящий кошмар. При этом главной жертвой становятся дети, которых терроризируют, бьют и убивают их пьяные родители.

Проблема алкоголизации населения остро стоит и в Новгородской области. Пугающими темпами идет увеличение числа родителей, страдающих алкогольной зависимостью, в том числе безработных родителей. Для решения данной проблемы специалистами ГОБУЗ НОНД «Катарсис» в рамках реализации подпрограммы «Защитим детей от насилия» государственной программы «Социальная поддержка граждан Новгородской области на 2014-2018 годы» была разработана и начала внедряться комплексная модель медико-социальной реабилитации родителей, страдающих алкогольной зависимостью, в том числе безработных родителей в учреждения социального обслуживания населения Новгородской области.

1. Основные понятия.

Абстинентный синдром - похмельный синдром — комплекс соматических, неврологических и психических нарушений, возникающих у больных алкоголизмом вслед за прекращением или резким сокращением более или менее длительного и массивного злоупотребления алкоголем.

Острая алкогольная интоксикация - состояние, вызванное употреблением алкоголя, проявляющееся в нарушениях сознания, познавательной способности, восприятия, эмоций и поведения или других психофизиологических функций и реакций. Эти нарушения непосредственно связаны с острым действием алкоголя и через некоторое время полностью исчезают, за исключением случаев, когда имеют место повреждения тканей и другие осложнения.

Пагубное употребление - неоднократное употребление алкоголя, которое является причиной ущерба здоровью. Ущерб может быть физическим или психическим (как, например, эпизоды депрессивного расстройства, вторичного по отношению к тяжелому алкогольному опьянению).

Синдром зависимости от алкоголя - сочетание соматических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление алкоголя начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять алкоголь.

Диагноз зависимости может быть поставлен только при наличии 3 или более нижеперечисленных признаков, возникавших в течение определённого времени в прошлом году:

- сильная потребность или необходимость принять алкоголь,
- нарушение способности контролировать приём алкоголя, т.е. начало, окончание употребления или дозу алкоголя;
- физиологическое состояние отмены, характерное для алкоголя, когда приём алкоголя был прекращён, или значительно уменьшен;
- использование алкоголя или сходного вещества с целью облегчить или предотвратить симптомы отмены при полном осознании эффекта (пациент знает об аналогичном действию употребляемого вещества эффекте ПАВ или другого сходного вещества);
- признаки толерантности (увеличение дозы алкоголя, требующейся для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами) или её снижение;
- прогрессирующее пренебрежение другими интересами в пользу употребления алкоголя; увеличение времени, необходимого для приобретения, приёма алкоголя или восстановления после его действия;

- продолжающееся употребление алкоголя, несмотря на очевидные вредные последствия (при осознании связи между приёмом и последствиями).

2. Особенности течения алкоголизма

Алкоголизм как заболевание появляется не в один день, он развивается постепенно. Поэтому наркологи ставят диагноз не по одному симптому, а рассматривая их в совокупности. Человек, который вчера еще был просто бытовым пьяницей, на следующее утро не может проснуться алкоголиком. Определить наличие у клиента алкоголизма можно с помощью Мичиганского алкогольный скрининг-тест (см. Приложение 1) и Мичиганский тест (см. Приложение 2).

Переход от бытового употребления спиртного к болезни под названием алкоголизм происходит постепенно, один симптом влечет за собой развитие следующего и так далее, стадии развития алкоголизма сменяют друг друга.

Для первой стадии алкоголизма характерно:

- постоянное навязчивое стремление к опьянению, постоянные мысли о спиртном, подъем настроения в предвкушении выпивки, чувство неудовлетворенности в трезвом состоянии;
- психологическая зависимость от спиртного;
- повышение переносимости алкоголя, появление способности ежедневного приема высоких доз;
- потеря рвотного рефлекса при передозировке;
- снижение количественного контроля, утрата чувства меры.
- отсутствие физической зависимости от алкоголя, ограничение последствий алкоголизации астеническими проявлениями и неврологическими дисфункциями.
- возникновение алкогольных палимпсестов (провалы в памяти).

Первая стадия (неврастеническая) алкоголизма формируется от одного года до 5 лет. Алкоголь и его употребление становится частой темой разговоров, воспоминаний, анекдотов. Формируется алкогольное мышление – появляются психологические защиты (приуменьшение количества выпитого, отрицание последствий употребления, защита своего «права на выпивку»). К сожалению, в это время люди крайне редко обращаются за медицинской помощью.

На второй стадии алкоголизма развивается похмельный абстинентный синдром. На следующий день после приема алкоголя возникает желание выпить (опохмелиться) для облегчения состояния, сначала к вечеру, затем, при прогрессировании заболевания и утром, для того, чтобы «прийти в норму». Все это характеризует физическую зависимость от алкоголя. Постепенно происходит повышение устойчивости к алкоголю и изменение состояния опьянения. Опьяняющая доза алкоголя вырастает многократно.

Вторая стадия характеризуется как наркоманическая, так как:

- происходит формирование запоев (употребление алкоголя по 2-3 дня и более подряд) или постоянной формы употребления алкоголя;

- утрачивается количественный и ситуационный контроль за употреблением алкоголя;
- происходит заострение черт личности, появляются измененные формы опьянения, вместо веселости – агрессия, наблюдаются перепады настроения;
- появляется эмоциональное огрубление, раздражительность, возбудимость;
- формируется алкогольная анозогнозия – отрицание своего заболевания, игнорирование алкогольных проблем вопреки логике;
- длится 5-15 лет.

Так как 3 стадия алкоголизма чревата смертью больного, она является последней стадией заболевания. Главный признак перехода алкоголизма в третью стадию – снижение толерантности к алкоголю, больной пьянеет от меньших, чем обычно доз алкоголя. Активирующее действие спиртных напитков снижается, они лишь умеренно выравнивают тонус, практически каждое опьянение заканчивается амнезией. На этой стадии алкоголизма у больных проявляется огромное число различного рода соматических, неврологических и психических нарушений (гепатиты и циррозы печени, воспаления и некрозы поджелудочной железы, язвенная болезнь желудка, дистрофия миокарда, алкогольная энцефалопатия, слабоумие, полиневриты).

Третью стадию ещё называют энцефалопатической. Для неё характерна деградация личности, при которой преобладают примитивные эмоции, распушенность, пассивность, исчезают душевная привязанность, морально-этические принципы, интересы, а также физическая зависимость и неудержимое влечение определяют жизнь больного; отсутствие количественного контроля в сочетании с упавшей переносимостью нередко приводит к смертельным передозировкам. Её продолжительность – 5-10 лет. Абстинентный синдром на третьей стадии гораздо тяжелее, чем на предыдущей. Виды абстинентного синдрома:

- неосложнённое абстинентное состояние;
- абстинентное состояние с судорожными припадками (проявляется теми же симптомами, что и неосложнённое абстинентное состояние, а также развиваются большие судорожные припадки);
- абстинентное состояние с делирием (характерны те же симптомы, что и при неосложнённой абстиненции в сочетании с острым психотическим состоянием, протекающие с расстройством сознания, галлюцинациями, бредом, возбуждением и сопутствующими соматическими расстройствами).

Клинические проявления абстинентного синдрома развиваются через несколько часов после последнего употребления алкоголя и длятся от 2-3 суток до 2-3 недель и более. Синдрому предшествует длительный период злоупотребления спиртными напитками. Пациент жалуется на разбитость, слабость, головную боль, тошноту, отсутствие аппетита, сухость во рту, жажду, тягу к спиртным напиткам, характерны симптомы психических (астения, подавленное настроение, тоска,

тревога, раздражительность, дисфория, бессонница или прерывистый сон, ночные страхи, двигательное беспокойство, сильное влечение к алкоголю, в тяжёлых случаях эпизодические иллюзии и галлюцинации) и неврологических (тремор рук, век, языка, головокружение, нарушение координации движений, нистагм; в тяжёлых случаях эпилептиформные припадки) нарушений. Отмечают соматовегетативные симптомы: гипергидроз, тахикардия и тахиаритмия, подъём артериального давления, одышка, гиперемия кожных покровов, повышение температуры тела.

Алкогольная деградация, развивающаяся на отдаленных этапах алкоголизма, включает в себя:

- аффективные расстройства,
- психопатоподобные симптомы,
- этическое снижение,
- утрата критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию в целом,
- стойкие изменения памяти и интеллекта.

Аффективные расстройства отличаются чрезвычайной стойкостью, обнаруживаются не только в связи с алкогольными эксцессами, но и при длительном воздержании от алкоголя; проявляются особой эмоциональной лабильностью, неустойчивостью настроения, подверженностью ситуационным влияниям, обидчивостью, пессимизмом с экспрессивным выражением своих чувств.

Эмоциональная неустойчивость всегда сочетается с возбудимостью, поэтому аффективные вспышки сопровождаются бурными проявлениями раздражения и гнева. В большинстве случаев аффективные колебания поверхностны. Настроение обычно выравнивается по миновании психотравмирующей ситуации. Из-за эмоционального огрубения и снижения критики нет глубокого переживания неприятных событий, не появляется истинного чувства вины, понимания своих поступков.

Психопатоподобные симптомы полиморфны и выражаются в неадекватности, непредсказуемости поступков больных. Одна и та же ситуация может то вызывать бурную реакцию, то оставлять больных совершенно спокойными. Несмотря на полиморфность картины, чаще всего отмечаются эксплозивные, эпилептоидные истерические психопатоподобные проявления.

Различают несколько типов изменений личности

1. синтонный тип

- проявляется в завышенном оптимизме и жизнерадостности
- общительность и неразборчивость в знакомствах, с легкостью и слишком откровенно говорят о себе даже после непродолжительного общения

2. неустойчивый тип

- неустойчивость интересов и целей,
- стремление избежать работы и любых трудностей,
- сильная зависимость человека от мнения окружающих,

- жажда развлечений и желание примкнуть к асоциальным группам

3. астенический тип

- повышенная раздражительность и возбудимость
- вспышки раздражения сменяются внезапным успокоением и чувством вины за содеянное
- такие больные очень ранимы и впечатлительны

4. эксплозивный тип

- больной часто испытывает чувства неприязни, недовольства, обиды, раздражения,
- легко возникают приступы злобы и агрессивное поведение

Этическое снижение тесно связано с указанными выше аффективными и психопатоподобными симптомами, поэтому некоторые стороны поведения больных алкоголизмом пытаются объяснить не моральными изъятиями, а эмоциональными изменениями. Этическое снижение по-разному проявляется в поведении больного алкоголизмом в кругу родственников, партнеров по выпивкам, среди товарищей по работе, медицинских работников и просто нейтральных лиц. Обращают на себя внимание особая грубость, неспособность сдерживать эмоции в домашней обстановке, стремление унижить и оскорбить близких, вплоть до прямой агрессии или изощренного мучительства. Однако больные могут быстро перестраиваться (особенно при необходимости что-то получить от близких) и любыми путями добиваться прощения, даже если им приходится унижаться, лгать, демонстрировать крайнее раскаяние.

В кругу партнеров по выпивкам такие больные беззаботны, бахвалятся сексуальными связями, способностью выпить много спиртного. Типично стремление приукрасить положение вещей, лживость. Часто наблюдаются цинизм, алкогольный юмор: плоские однообразные шутки на серьезные темы. В другое время больные могут докучать окружающим сентиментальными излияниями, назойливой откровенностью. Эти лица в кругу партнеров по выпивке склонны к взаимному восхвалению, подчеркиванию бескорыстности, преданности друг другу; в то же время в неприязненном тоне обсуждаются общие знакомые, особенно игнорирующие их компанию. На производстве больных отличают недостаточное чувство долга, поверхностность, стремление при случае уклоняться от обязанностей, но получать материальные выгоды от производства, даже если это противоречит существующим нормам. Иногда преобладает формальное отношение к делу, иногда — попытки замаскировать свою бездеятельность демагогией, «круговой порукой».

Снижение критики, заключается в том, что больной вольно или невольно преуменьшает значение своего заболевания и создает систему «алкогольных алиби». Главным элементом утраты критики при алкоголизме является неспособность больных оценить тяжесть злоупотребления алкоголем. Снижение критики редко становится тотальным; обычно к каким-то обсуждаемым вопросам больные более

критичны, а к другим — менее. В частности, больные достаточно хорошо осознают ущерб, наносимый алкоголем их физическому и психическому здоровью или материальному благосостоянию. Однако они гораздо хуже понимают отрицательные последствия выпивок для семьи или продвижения по работе. Ответственность за семейные и служебные неприятности больные перекладывают с себя на окружающих или объясняют их случайными обстоятельствами.

Интеллектуально-мнестические нарушения. В качестве наиболее ранних признаков интеллектуально-мнестического снижения отмечаются неспособность осваивать новое и шаблонность в профессиональной деятельности. В быту обращают на себя внимание утрата всех интересов, исключая утилитарные, появление косности в привычках; сужается круг представлений, мышление становится вязким, ригидным. В более тяжелых случаях больные не могут отделять главное от второстепенного, обстоятельны. Характерны резкая истощаемость и неспособность к концентрации внимания. У некоторых больных общая вялость и пассивность выражены настолько значительно, что изменения личности у них относят к аспонтанному или апатическому типу алкогольной деградации. Снижение памяти подчиняется общим закономерностям: в первую очередь страдает память на вновь приобретаемые сведения.

Выявить нарушения, связанные с развитием алкоголизма, алкогольной зависимости позволяет тест-аудит (см. Приложение 3.)

Предпосылки развития болезней химической зависимости

Основой формирования аддиктивных расстройств является биопсихосоциальная модель, которая включает в себя биопсихологические особенности личности пациента и социальные особенности среды. К биологическим предпосылкам относятся:

1. способность организма человека к выработке собственных, эндогенных, психоактивных веществ, участвующих в формировании настроения, особых эмоциональных переживаний, обезболивании и т. д.;
2. наличие специфических на уровне клеток рецепторов, вступающих во взаимодействие с психоактивными веществами;
3. особенность продукции ферментов, регулирующих процессы метаболизма (распада) психоактивных веществ в организме (например, при распаде алкоголя - алкогольдегидрогеназы, альдегиддегидрогеназы, каталазы и др.).

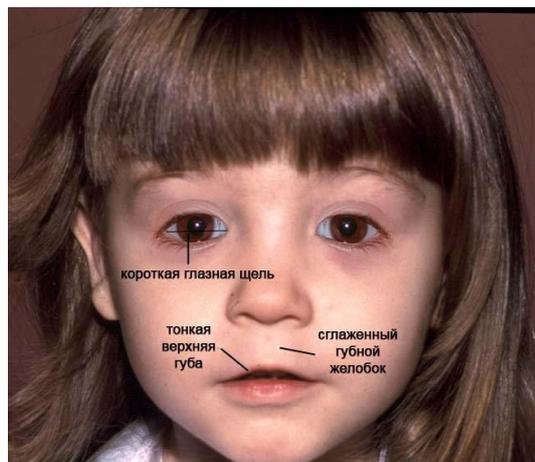
В общей сложности – это генетические, конституциональные и психобиологические особенности организма (наследственные, врождённые и приобретённые заболевания, особенности конституции, особенности эмоциональной сферы, эндокринной системы, наличие нервных и психических заболеваний, при которых имеются органическая неполноценность мозга или расстройства личности и т.д.), т. е. проблемы, связанные с психическим и физическим здоровьем. Эти факторы влияют на функциональные возможности головного мозга, уменьшая его способность переносить интенсивные или продолжительные нагрузки, как в интеллектуальной сфере, так и эмоциональной. В результате такие пациенты будут искать средство, помогающее им справиться с такими нагрузками. И такими средствами зачастую становятся ПАВ.

По данным комитета экспертов ВОЗ (2007), фетальный алкогольный синдром (далее – ФАС) является наиболее серьезным последствием употребления алкоголя во время беременности. Он включает «нарушение развития, характеризующееся черепно-лицевыми аномалиями, замедлением развития и нарушениями функционирования нервной системы, которые могут включать умственную неполноценность». Критериями ФАС являются:

- дефицит роста и/или веса;
- характерные особенности строения лица (короткая глазная щель, сглаженный губной желобок, тонкая верхняя губа);
- поражение/дисфункция головного мозга (структурные и /или функциональные неврологические признаки или нарушения когнитивных функций, указывающие на поражение).

Дети с ФАС могут иметь проблемы со слухом и зрением, хуже обучаются элементарным вещам, имеют проблемы с памятью и вниманием и трудности в обучении в школе, хуже контролируют свои эмоции и своё поведение, могут

нуждаться в специальных педагогах и обучении в специальных школах, часто недостаточно осознают последствия своих поступков, могут совершать асоциальные поступки и вступать в конфликт с законом, всю жизнь нуждаются в социальной защите и медицинском сопровождении.



Таким образом, в результате внутриутробной алкогольной интоксикации формируется мгновенный алкоголизм, то есть стремительное появление пристрастия к спиртному.

Психологические факторы включают в себя:

- личностные особенности, способствующие началу употребления психоактивных веществ и развитию болезней химической зависимости различные психопатии и акцентуации личности,
- неуверенность в себе,
- заниженная самооценка,
- колебания настроения,
- невысокий уровень интеллекта,
- неприятие социальных норм и ценностей, стремление противопоставить себя обществу, игнорирование морали и понятий о добре и зле, жизненный цинизм,
- зависимое и аутоагрессивное поведение, жизненная незрелость,
- отсутствие самодостаточности и несамостоятельность,
- несформированность целей и смысла жизни,
- неразвитость коммуникативных и адаптивных умений;
- преобладание гедонических и потребительских установок над потребностью учиться, трудиться, самосовершенствоваться и т. д.

Факторы, влияющие на вероятность развития злоупотребления или заболевания в процессе развития и формирования личности.

Критические моменты в процессе формирования личности:

1 этап. Совпадает с этапом раннего детства - от одного до трех лет. На этом этапе основным способом познания мира, социальных отношений является подражание. Если ребенок наблюдает у окружающих его взрослых людей основное занятие в свободное время в виде употребления алкоголя, а также наблюдает явную связь между употреблением алкоголя и появлением состояния радости, счастья, удовлетворенности или нивелирования отрицательных эмоций, то у него формируется эта же самая связь.

2 этап. Совпадает с возрастным этапом младшего школьного возраста. В этом возрасте ребенок активно изучает мир, познает его через свой чувственный опыт. Дети пытаются узнать как можно больше и переработать эту информацию в группе сверстников в виде игры. На этом этапе наблюдается в основном потребление веществ, дающих чувственные переживания (летучие психоактивные вещества - бензин, растворители), активный переход с одних психоактивных веществ к другим и, как правило, групповое их потребление.

3 этап. Подростковый возраст, начало самоактуализации, индивидуализации человека. Этот период сопровождается появлением тревоги, опасений, стеснительности в общении и может стать причиной ситуационного употребления ПАВ с целью облегчения своего состояния. Кроме того, эти же процессы приводят к идентификации подростками себя с «взрослыми» и потребности признания обществом своей взрослости. Достигается же это, по мнению подростков, разрешенным «взрослому» поведением: курением, употреблением ПАВ, ранней половой жизнью. С другой стороны, в этот период потребление ПАВ может быть вызвано желанием противопоставить себя обществу.

Различают три типа личностных мотиваций употребления ПАВ:

1. позитивная («для получения удовольствия»);
2. негативная («защита от тоски, дискомфорта»);
3. нейтральная («для приспособления к окружающим», «по привычке»).

Основной мотив приема ПАВ у подростков – утрированная конформность со стремлением любой ценой быть «своим» в референтной группе, то есть «нейтральная» мотивация приобретает первостепенное значение. Часто все три типа мотивации сочетаются у зависимых лиц.

К факторам, влияющим на вероятность развития злоупотребления или заболевания в процессе развития и формирования личности, относятся особые психологические состояния (реакции на стресс, фрустрации), при которых человек прибегает к приёму психоактивных веществ с целью облегчения своих переживаний, а также социальные особенности среды:

1. макросоциальные: это общество, в котором живет человек, включая его историю, культуральные традиции, мораль и нравственные ценности, политические и экономические проблемы, отношение к детям, семье, уровень терпимости к употреблению ПАВ, мода и т. д.
2. микросоциальные: это непосредственное окружение человека, прежде всего семья (патологические формы воспитания - гипоопека, гиперопека, гиперпротекция) и люди, с которыми он общается, от которых зависит, друзья и коллеги по учебе и работе, и т. д.

Таким образом, человек начинает систематически употреблять ПАВ в ситуации, когда его личностные особенности совпадают с благоприятными внешними условиями. Внешние условия, условия воспитания и жизни формируют особенности личности. В дальнейшем эти личностные особенности актуализируются в определенных жизненных обстоятельствах. Происходит актуализация психологической готовности личности к потреблению ПАВ. Ситуация приобретает наркологическое содержание, если позволяет реализовать присущий индивиду аддиктивный потенциал. Она склоняет индивида решать психологические проблемы с помощью ПАВ.

Дисфункциональная семья

«Если ребенок окружен критицизмом, он учится обвинять,
Если ребенок видит враждебность, он учится драться,
Если над ребенком надсмехаются, он учится быть робким.
Если ребенка постоянно стыдят, он учится чувствовать себя
виноватым...

Если с ребенком обходятся справедливо, он учится справедливости.
Если ребенок чувствует себя в безопасности, он учится верить...
Если ребенка принимают и обращаются с ним дружелюбно,
Он учится находить себя в этом мире».
(Дорис Лоу Нолт)

Дисфункциональные семьи – это семьи, в которых существует деструктивная модель взаимоотношений. Такие семьи постепенно становятся полной противоположностью счастливым семьям, где члены семьи имеют между собой теплые, доверительные, наполненные любовью отношения.

Характеристики дисфункциональной семьи:

- Атмосфера внутри семьи. Наполнена осуждением, обвинениями, критикой.
- Принятие. Планка требований очень высока, строгие правила, несоответствие которым приводит к низкой самооценке и чувству вины.
- Забота и одобрение. Отсутствие заботы или чрезмерная опека; редкие ободрения, частые оскорбления: вербальные, физические, психологические, сексуальные.
- Общение. Закрытость семейной системы. Негласный запрет говорить о своих проблемах или проблемах семьи в семье и вне ее; общение «треугольником» – через посредника: «скажи своей маме...». Манипуляции.
- Зависимость/независимость. Авторитарный стиль; неравноправие; строгая зависимость слабого от сильного; выбор без выбора: «Или съешь суп, или получишь».
- Время вместе. Редко или по обязательству (приезд родственников, похороны, свадьбы и т.д.); часто заканчивается скандалом или ссорой; трудоголизм.
- Эмоции. Юмор. Подавление своих эмоций, выражение тех эмоций, которые являются подходящими в этой ситуации, а не тех, которые человек чувствует; за негативные чувства одного члена семьи рассчитываются другие – более зависимые, по принципу: «Если мне плохо, всем будет плохо». Юмор часто используется с целью кого-то унижить или обидеть.

Признаки дисфункциональной семьи (по книге Д.Бредшоу «Семья»):

1. Отрицание проблем и поддержание иллюзий.
2. Вакуум интимности.
3. Замороженные правила и роли.
4. Конфликтные взаимоотношения.

5. Недифференцированность "Я" каждого члена ("Если мама сердится, то сердятся все").
6. Границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимыми стенами.
7. Все держат секрет семьи, все поддерживают фасад псевдоблагополучия.
8. Склонность к полярности чувств и суждений.
9. Закрытость системы.
10. Абсолютизирование воли, контроля.

Воспитание в дисфункциональной семье подчиняется определенным правилам. Вот некоторые из них:

1. Взрослые – хозяева ребенка.
2. Лишь взрослые определяют, что правильно, что неправильно.
3. Подразумевается, что ребенок отвечает за гнев взрослых.
4. Родители держат эмоциональную дистанцию.
5. Воля ребенка, расцениваемая как упрямство, должна быть сломлена и как можно скорее.
6. Правила устанавливаются негласно.

Если следовать этим правилам, то в семье образуются две группы людей – угнетатели (родители), наделенные властью и абсолютным контролем, и угнетаемые (дети).

Пристрастие к власти, силе и насилию составляет болезненную (аддиктивную) характеристику дисфункциональной семьи. Чтобы выжить и чувствовать себя в безопасности, ребенок до подросткового возраста верит, что родители хорошие, все правила и предписания родителей заглатывает без критики.

Правила дисфункциональной семьи Клаудиа Блэк в своей книге «Это никогда со мной не случится» сформулировала предельно кратко. Это правило трех «не»:

- НЕ ГОВОРИ
- НЕ ЧУВСТВУЙ
- НЕ ДОВЕРЯЙ

Характеристики здоровой семьи:

- Атмосфера. Наполнена пониманием и поддержкой, нет осуждения.
- Принятие. Члены семьи принимаются такими, какие они есть: детям разрешено быть детьми и взрослым также – самими собой.
- Забота и одобрение. Постоянное проявление заботы о каждом члене семьи и выражение одобрения через слова, отношение, действия.
- Общение. Открытое и прямое; страхи, проблемы, неудачи, разочарования можно разделить с членами семьи и быть уверенным, что тебя не отвергнут; радости и горести одного важны для всех; ощущение понимания и принятия.
- Зависимость/независимость. Дети могут самостоятельно делать выбор.

- Время вместе. Семейные традиции общих встреч; время, проведенное вместе приносит радость, его ждут с нетерпением; совместный отдых планируется.
- Эмоции. Юмор. Члены семьи говорят о том, что чувствуют, к чувствам каждого относятся с уважением; попавший в беду может рассчитывать на сопереживание и помощь, поэтому принцип: «Одному плохо – всем плохо» срабатывает здесь по другим мотивам и другим образом. Юмор используется для радости.

Правила здоровой семьи:

- Проблемы признаются и решаются.
- Поощряются свободы (свобода восприятия, мысли и обсуждения, свобода иметь свои чувства, желания, свобода творчества).
- Каждый член семьи имеет свою уникальную ценность, различия между членами семьи высоко ценятся.
- Члены семьи умеют удовлетворять свои потребности.
- Родители делают то, что говорят.
- Ролевые функции выбираются, а не навязываются.
- В семье есть место развлечениям.
- Ошибки прощаются, на них учатся.
- Гибкость всех семейных правил, законов, возможность их обсуждения.

В деструктивной семье каждый из супругов и детей принимает на себя определенную роль, в соответствии с которой действует многие годы, если не всю жизнь. Различают следующие семейные роли:

- Папина принцесса или маменькин сыночек
- Святой
- Герой
- Миротворец
- Работник
- Избегающий общения
- Критик
- Клоун
- Манипулятор и др.

Дети становятся заложниками своего прошлого. Отношения и эмоциональная атмосфера родительского дома могут преследовать их и приносятся ими в новую семью. Дети алкоголиков чаще всего обладают созависимыми установками и моделями поведения, но, в общем, любое длительное подчинение родителю или члену семьи с компульсивным, зависимым или психическим расстройством может привести к развитию созависимости. Она проявляется в патологическом смещении фокуса внимания на эмоционально значимый субъект со стремлением контролировать его поведение и вторично развивающимися расстройствами адаптации, среди которых наиболее распространены депрессивные и тревожные реакции.

Созависимость возникает на фоне длительного нахождения в стрессовой ситуации, когда используются подавляющие правила, которые не позволяют открыто выражать свои чувства и прямо обсуждать личные и межличностные проблемы.

Созависимыми являются:

- 1) лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больным химической зависимостью;
- 2) лица, имеющие одного или обоих родителей, больных химической зависимостью;
- 3) лица, выросшие в эмоционально-репрессивных семьях.

Характеристики созависимых:

- Низкая самооценка.
- Комппульсивное желание контролировать жизнь других.
- Желание спасти других.
- Проблемы со здоровьем.
- Неспособность идентифицировать или выразить чувства.
- Неспособность попросить помощь.
- Экстремальное мышление.

Созависимые пытаются спасти других потому, что для них это легче, чем переносить дискомфорт и неловкость, а порой и душевную боль, сталкиваясь с неразрешенными проблемами. Созависимые не говорят: "Это очень плохо, что у тебя такая проблема. Чем я могу тебе помочь?" Их ответ таков: "Я здесь. Я это сделаю за тебя".

Если созависимый человек не научится распознавать моменты, когда ему надо быть спасателем, то он будет постоянно позволять другим ставить себя в положение жертвы. Фактически сами созависимые участвуют в процессе собственной виктимизации. Драма развивается по принципу треугольника С. Карпмана.

Сдвиг ролей в треугольнике сопровождается изменением эмоций, причем довольно интенсивных. Время пребывания созависимого человека в одной роли может длиться от нескольких секунд до нескольких лет, за один день можно двадцать раз попеременно побывать в роли спасателя — преследователя — жертвы. Цель психотерапии в данном случае заключается в том, чтобы научить созависимых распознавать свои роли и сознательно отказываться от роли спасателя. Профилактика состояния жертвы заключается в сознательном непринятии роли спасателя (см. Приложение 4).

Дети вырабатывают свои способы выживания в дисфункциональной семье. Вот некоторые из типичных ролей:

- Семейный герой
- "Козел отпущения"
- "Потерянный ребенок"
- "Семейный шут" или "фамильный талисман"

Семейный герой. Почти в каждой разрушенной или нездоровой семье бывает ребенок, часто старший, который берет на себя обязанности отсутствующего или перегруженного родителя. Этот ответственный, заменяющий взрослого ребенок готовит еду, заботится о финансах, обеспечивает благополучное существование младших братьев и сестер и пытается поддержать, насколько возможно, нормальное функционирование семьи. Иногда этот ребенок выступает в роли советчика, разрешая споры между родителями и пытаясь наладить испорченные отношения.

В школе семейный герой обычно является сверхуспевающим. Он может получать повышенные оценки, выполнять какие-то обязанности в классе или быть тренированным спортсменом. Он много работает над достижением целей и завоевывает одобрение учителей. Часто он является одаренным организатором или же он пользуется необычайным авторитетом среди своих одноклассников.

Сверхуспевающие дети становятся взрослыми, пробелы в своем эмоциональном развитии они обычно прикрывают интенсивной работой и самодисциплиной. Хотя внешне эти интенсивно работающие мужчины и женщины кажутся умелыми и самоуверенными, внутренне они страдают от низкой самооценки и неуверенности в себе.

Козел отпущения. В большинстве дисфункциональных семей есть, по крайней мере, один ребенок, имя которому — хлопоты. Для этого ребенка правила существуют лишь для того, чтобы их нарушать. Он так постоянен в том, чтобы причинять хлопоты, что, в конце концов, становится семейным козлом отпущения, отвлекая внимание от алкоголика. Непослушный ребенок открыл для себя важный принцип детского развития: отрицательное внимание лучше, чем отсутствие всякого внимания вообще. Его самооценка даже ниже, чем самооценка его положительно ориентированных братьев и сестер. Свое хрупкое чувство собственного "я" он основывает на знании, что он "плохой", и он тяготеет к друзьям, подобно ему, имеющим низкую самооценку.

Поскольку наркотики и алкоголь являются обычным центром подросткового мятежа, "козел отпущения" часто в раннем возрасте экспериментирует с наркотическими веществами или злоупотребляет ими. Наследственная предрасположенность может увеличивать развитие пагубного пристрастия еще до окончания юношеского возраста.

Во взрослой жизни наследие прошлого проявляется в форме сопротивления руководству, вызывающего поведения и временами неконтролируемой вспыльчивости и неистовства. Часто "козлы отпущения" готовы оскорбить, обидеть других людей. Они часто бросают школу, рано женятся (выходят замуж) или заводят незаконного ребенка, уклоняются от профессиональной подготовки и влезают в долги, которые невозможно выплатить. Несмотря на свое желание быть другими, они становятся очень похожими на своих родителей, которых они ненавидят.

Потерянный ребенок. «Потерянные дети» страдают от постоянного ощущения неадекватности в сравнении с другими, потерянности и одиночества в мире, который они не понимают, а в действительности даже боятся. Они даже и не пытаются самостоятельно действовать, вместо этого выбирая "плыть по течению". Их низкая самооценка, их мироощущение заметны и внешне: они часто бывают застенчивыми и замкнутыми. Они предпочитают оставаться в одиночестве, научившись тому, что грезы безопаснее и приносят больше удовлетворения, чем непредсказуемые отношения с людьми.

Становясь взрослым, «потерянный ребенок» продолжает себя чувствовать человеком бессильным, не имеющим выбора или альтернатив. Обычно он тяготеет к таким же эмоционально обособленным людям, как и он сам, или вступает в брак с партнером, воссоздающим хаос его детства. Эмоциональную обособленность и апатию "потерянного ребенка" часто ошибочно принимают за безмятежность. Приспосабливающийся ребенок, к сожалению, принимает как факт то, что он никогда и ничего не сможет изменить.

«Семейный шут». Эти необычайно восприимчивые дети обладают способностью даже самые тягостные моменты обращать в шутку и привыкают с помощью умело использованного чувства юмора нейтрализовать раздражение и гнев. Взрослея, семейные шуты часто превращаются в неспособных остановиться болтунов и необычайно взвинченных людей. Даже в самые мучительные моменты они прикрывают свои глубочайшие чувства шуткой. Лишь самым настойчивым и восприимчивым из их друзей удастся прорваться сквозь покров юмора к находящимся за ним ранам. Они могут быть очень талантливыми, но не умеют радоваться своим успехам даже вместе с другими.

Алгоритм работы специалистов учреждений социального обслуживания населения по оказанию помощи гражданам с синдромом зависимости

«Созависимый человек – это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека и совершенно не заботиться об удовлетворении собственных жизненно важных потребностей».

Созависимость в известном смысле – это отказ от себя. Созависимыми являются:

- люди, состоящие в браке или находящиеся в любовных взаимоотношениях с больным зависимостью от психоактивных веществ;
- родители больных зависимостью от психоактивных веществ;
- люди, имеющие одного или обоих родителей, больных зависимостью от психоактивных веществ;
- люди, выросшие в эмоционально репрессивных семьях;
- люди, страдающие зависимостью, до и после активного периода болезни (преморбидное и постморбидное состояние).

Личностные характеристики при созависимости:

- Низкая самооценка
- Комппульсивное желание контролировать жизнь других
- Желание спасти других
- Чувства
- Отрицание
- Болезни, вызванные стрессом
- Поражение духовной сферы.

Поэтапно, работу с созависимыми в реабилитационном процессе можно представить так:

- Сбор информации о семье и зависимом;
- Предоставление информации о зависимости и созависимости, как болезнях;
- Работа с виной и обидами реабилитанта и его родственников;
- Работа с реактивным общением в семье;
- Границы и личный план выздоровления.

Этапы психокоррекции созависимых:

- Осознание факта созависимости, преодоление мощных механизмов психологической защиты, главным образом отрицания, вытеснения, рационализации
- Коррекция непреодолимого желания созависимых родственников жестко контролировать жизнь других членов семьи

- Коррекция постоянного желания спасти своего химически зависимого родственника, которое переходит все разумные рамки и дает только противоположный результат
- Осознание, проговаривание и психотерапевтическая работа с чувствами
- Коррекция низкой самооценки созависимых членов семьи
- Стимулирование биологического и психотерапевтического лечения болезней, связанных со стрессами у родственников алкоголиков и наркоманов.

Основные задачи психокоррекционной работы с созависимыми:

- снятие внутреннего напряжения;
- замещение компульсивного желания управлять жизнью другого человека новыми ценностными установками;
- повышение самооценки;
- раскрытие внутренних резервов личности созависимого;
- анализ ситуаций, когда поведение созависимого способствует употреблению психоактивных веществ химически зависимому родственнику;
- формирование новой системы взаимоотношений в семье и с окружающими.

Работа психолога с созависимым клиентом определяется уровнем, на котором клиент готов работать:

- Информационный уровень
- Уровень оказания помощи при переживании острого кризиса
- Уровень выработки решения в ситуации трудного выбора.
- Уровень получения коммуникативных навыков
- Уровень психотерапевтической глубины

Информационный уровень подразумевает предоставление психологической информации с целью сделать клиента более грамотным.

Уровень оказания помощи при переживании острого кризиса. Созависимые люди довольно часто оказываются в ситуации кризиса. В этом они мало отличаются от других людей. Вместе с тем, они склонны к «застреванию» в кризисном состоянии и переживают его, как правило, намного острее.

Уровень выработки решения в ситуации трудного выбора. Выбор — это не только обретение чего-либо, это еще и отказ — даже прежде всего отказ — от какой-то другой возможности. Необходимость сказать «нет» очевидной возможности всегда более или менее фрустрирует человека, в связи с чем принятие решения сильно затрудняется.

Выбор дается созависимым нелегко. Они склонны ускользать от решения, одновременно настаивая на нем. Они горят нетерпением стабилизировать ситуацию, но при этом находят множество причин для того, чтобы отодвинуть необходимость взять на себя ответственность. Или, наоборот, под влиянием невыносимой тревожности импульсивно бросаются производить какие-то изменения, не продумав

возможных последствий. От консультанта требуется умение не только выстраивать в стройную логическую цепочку хаотический набор информации, предоставляемой клиентом, но и стимулировать его применить найденное в рамках сеанса решение на практике.

Уровень получения коммуникативных навыков. Здесь основное содержание работы заключается в репетициях, тренировках и ролевых играх, совсем незаметно переходящих в область когнитивной психотерапии. Обсуждение причин неудач при взаимодействии с «трудным» членом семьи неизбежно выводит не только на неконструктивные способы общения, но и на анализ чувств, переживаемых клиентом, его деструктивных установок и паттернов жизненного сценария. И здесь он, не будучи настроен на такую работу, может остановить психолога, который в этом случае еще какое-то время продолжает оставаться тренером — до того момента, пока клиент не удовлетворится полученными навыками или не почувствует себя готовым к новому «погружению».

Уровень психотерапевтической глубины содержит в себе самые большие возможности, и если клиент и консультант, наконец, добрались до него, то это само по себе — уже достижение.

Успешность продвижения от уровня к уровню зависит от нескольких **факторов:**

1. степени разделения ответственности за разрешение проблемы;
2. степени готовности активно разрешать свою часть проблемы;
3. степени глубины и жесткости причин, создавших условия для развития созависимости;
4. степени развития зависимости члена семьи, которая в свою очередь усугубляет деструктивность созависимости, поскольку люди, имеющие склонность к созависимым отношениям, часто выбирают партнеров, ведущих деструктивный образ жизни (алкоголиков, наркоманов).

Как правило, созависимые клиенты не умеют разделять ответственность вообще, в том числе и за возникновение проблем. Все они убеждены, что их благополучие полностью зависит от изменений значимого другого. А вот способ давления на него избирается в соответствии с личными особенностями.

Суть мотивационного интервьюирования (МИ) впервые была описана Вильямом Миллером в журнале «Поведенческая психотерапия» в 1983 году. Основные положения метода более детально были описаны В. Миллером и С. Роллником в 1991 году. Эффективность метода МИ оценивалась в десятках исследований. В книге В. Миллера и С. Роллника представлен обзор 26 исследований по МИ (Burke et al.). МИ показало максимальную эффективность в решении проблем, связанных с алкоголем: 11 из 12 исследований показали положительные результаты.

Метод МИ имеет следующие преимущества:

- Низкая стоимость. С самого начала метод МИ разрабатывался как краткосрочная консультативная помощь, что предполагает сравнительно небольшие затраты.
- Эффективность. Существуют научные доказательства того, что МИ служит хорошим толчком к изменению поведения, связанного с высоким риском.
- Стимулирование ресурсов клиента. МИ направлено на стимулирование собственных ресурсов клиента для изменения.
- Совместимость с другими подходами к терапии. МИ не предполагает обязательно длительных отношений клиент-консультант. Даже одной встречи иногда бывает достаточно для запуска процесса изменений. Поэтому МИ может проводиться как в контексте больших терапевтических программ, так и в профилактических программах, предполагающих непродолжительное общение с клиентом.
- Усиление мотивации клиента. Мотивация клиента служит надежным показателем возможности его изменений. Именно по этой причине такое большое внимание уделяется мотивации к изменениям. Таким образом, даже если клиент получает краткосрочную помощь в ходе нескольких первых встреч с социальным работником, он получает поддержку, которая может сыграть немаловажную роль в дальнейшем.
- Усиление приверженности. МИ может также применяться в сфере здравоохранения, поскольку было доказано, что этот метод повышает готовность следовать рекомендациям и назначениям медицинского специалиста, а это, в свою очередь, улучшает результаты лечения.

Огромное количество людей каждый день задаются вопросом, почему люди меняют своё поведение? Изменение поведения конкретного человека сопровождается повышенным вниманием со стороны других людей — они стремятся понять, что и почему происходит.

Изменение — это естественный процесс. Человек неосознанно изменяет свое поведение под воздействием обстоятельств, имеющих для него жизненно важное

значение. Человек осознанно меняет свое поведение, когда изменения связаны для него с чем-то важным и ценным. Итак, помогите человеку отыскать его собственные идеалы, которые противоречат существующему поведению, и вы откроете ему полпути к изменениям.

Изменение поведения обуславливается тремя важными составляющими элементами, которые условно можно назвать: Хочу, Могу и Буду. Люди должны:

1. БЫТЬ ГОТОВЫ (является ли это приоритетом для них прямо сейчас?)

2.ХОТЕТЬ (является ли изменение важным для человека?)

3.МОЧЬ (уверен ли человек в том, что он может измениться?)

Когда человек и хочет, и может, и готов меняться, и все эти три составляющие сильно выражены, изменение более чем вероятно — оно становится реальным!

Мотивация — это система стимулов (мотивов), побуждающих человека к действию или бездействию. Мотив — это побуждение совершить какое-то действие или бездействие. Мотивы объясняют, почему человек начинает действовать, почему он делает именно это, а не что-то другое, и почему он воздерживается от некоторых действий. В качестве мотивов действия или бездействия могут выступать потребности и интересы, влечения и эмоции, установки и идеалы.

Хочу, Могу и Буду изменений состоят из мотивов. Эти мотивы различны и иногда могут противоречить друг другу. Это важно учитывать, рассматривая с клиентом идею изменений.

Принятие решения по поводу изменения определенных видов поведения, таких как курение, употребление алкоголя или наркотиков, дается человеку нелегко. Очень часто люди заявляют о таких намерениях, но не решаются что-либо сделать или делают шаги по направлению к изменениям недостаточно решительно. Нередко человек долгое время может находиться в состоянии колебаний и сомнений, двойственности по поводу того, меняться или нет. Иногда человек, уже приняв решение, затем вдруг передумывает еще до того, как успевает сделать первые шаги по пути изменений.

Таким образом, **процесс изменения поведения состоит из двух компонентов:**

1) размышления по поводу изменения поведения;

2) собственно изменения поведения.

Размышление по поводу изменения поведения включает:

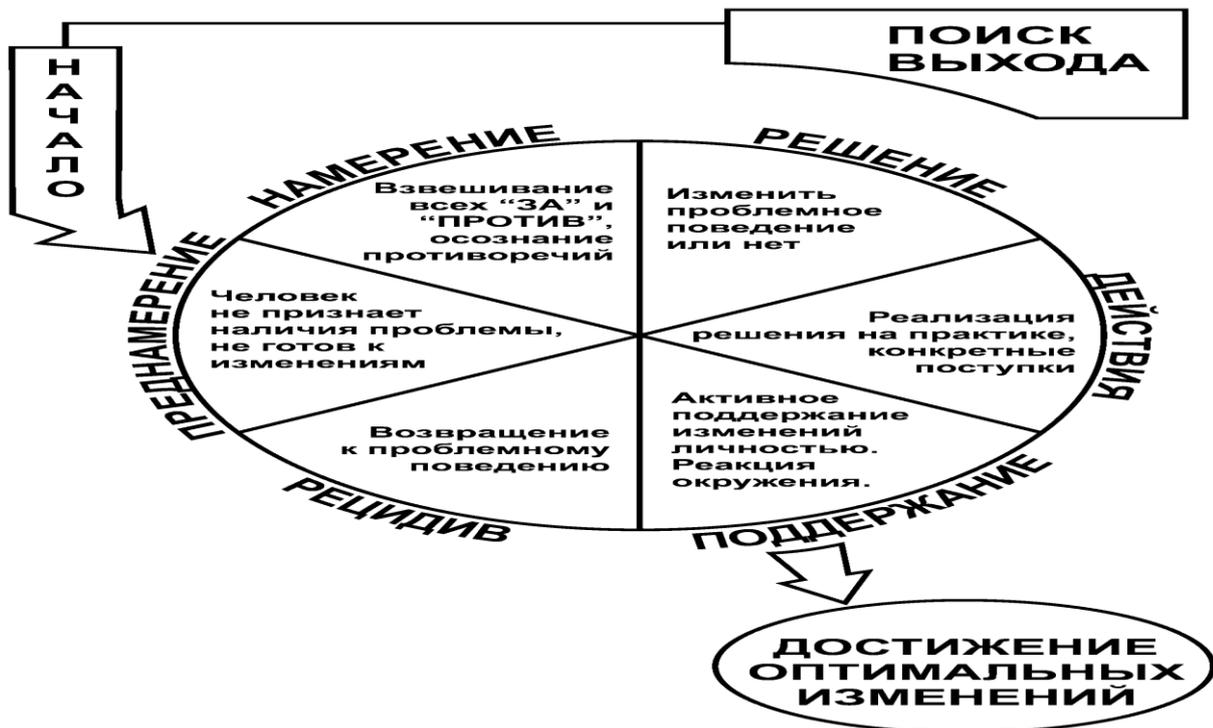
- осознание проблемы;
- эмоциональные переживания по поводу;
- осознание степени влияния проблемы на других людей, особенно близких;
- переоценка самого себя;
- оценка социальных ресурсов

Изменение поведения включает:

- активизацию собственных ресурсов;
- поддерживающие отношения;

- создание условий, способствующих изменениям;
- усилия по поддержанию изменений;
- контроль провоцирующих факторов

Для того чтобы лучше понимать тот путь, который человек проходит, меняя свое поведение, используется стадийная модель изменения поведения, разработанная двумя учеными практиками — Джеймсом Прочаской и Карлом ДиКлементе. Согласно этой модели, изменение рассматривается как процесс, занимающий некоторое время, а не как разовое событие. Процесс изменения разделяется на несколько стадий изменения поведения. Эта модель определяет и описывает стадии, которые человек проходит в процессе осознанного изменения поведения:



Первая встреча:

- Ориентация на консультирование (время, роли, конфиденциальность и т.д.)
- Задавайте открытые вопросы
- Слушайте внимательно
- Давайте позитивное подкрепление (но не льстите)
- Суммируйте
- Вызывайте изменения в разговоре

Первая задача консультанта — установить, на какой стадии изменений находится клиент, определить уровень его мотивации к изменениям и затем выбрать стратегии консультирования. Если стратегия выбрана неудачно, клиент, скорее всего, будет проявлять сопротивление

Примеры вопросов, помогающих определить, на какой стадии изменения поведения находится клиент:

- Думали ли Вы над тем, чтобы изменить/прекратить/сделать что-то?
- Вы планируете что-то менять/прекратить/начать в ближайшие 6 месяцев?

- Пробовали ли Вы раньше изменить поведение/прекратить употреблять/сделать что-то? Что именно
- Вы пробовали делать? Что происходило? Чего Вы добились? К чему Вы пришли?
- Как Вы думаете, насколько вероятно, что Вы измените/прекратите/сделаете что-то?

Примеры высказываний клиента, по которым можно оценить, на какой стадии изменения поведения он находится:

1. Стадия преднамерения

- Проблемы вообще-то не у меня. Я вообще не знаю, как меня сюда занесло!..
- Лично мне не кажется, что у меня есть какие-то проблемы и что надо вообще что-то менять...
- Ничего плохого нет в том, чтобы вмазаться хорошенько. Моя мать просто с ума сходит из-за этого, она вообще думает, что каждый, кто хоть травку курит — уже конченный наркоман.
- Я здесь только время теряю, это меня вообще не касается.
- Ну да, я тоже не без греха, но не думаю, что надо что-то менять...

2. Стадия намерения

- Мне так хорошо, когда есть чем колоться, но через пару дней — нехватка и ломка, а это действительно выбивает меня из колеи.
- Может быть, поговорив с Вами, я смогу лучше разобраться сама в себе...
- Мне нравится употреблять наркотики и после этого танцевать всю ночь, но на следующий день мои родители устраивают каждый раз скандал. Я думаю, мне придется уйти из дома.
- Да, передозировка — это действительно кошмар, но я все равно не собираюсь прекращать употреблять наркотики.
- Мне действительно нравится ходить в институт под кайфом — так оно намного лучше, не нагружает, сидишь и все. Но, с другой стороны, я таки хочу сдать экзамены.
- Я тут думал о том, что в моей жизни есть некоторые вещи, которые можно попытаться изменить.

3. Стадия принятия решения

- Мне кажется, я уже готова попробовать делать это по-другому...
- Мне действительно нужно это прекратить. Так не может больше продолжаться.
- Мне кажется, да, пора уже что-то с этим делать...
- Я хочу остановиться — похоже, ситуация выходит из-под контроля.
- Я знаю, что мне нужно остановиться, но не знаю, смогу ли я.

- Мои родители считают, что мне нужно завязать с наркотиками немедленно, я тоже думаю, что пора разобраться с этим.

- На этот раз я сделаю это.

4. Стадия действий

- Наконец-то я начал хоть что-то делать, чтобы справиться с этим!
- Если меня беспокоят какие-то проблемы, я стараюсь что-то с этим делать.
- Я уже кое-чего добилась сама. Правда, я боюсь, что одной мне тяжело будет со всем этим справиться...
- Как мне уменьшить дозу?
- Я стараюсь изо всех сил, пытаюсь изменить себя!
- Что я буду делать на ближайших выходных?
- Думаю, мне нужно участвовать в программе терапии

5. Стадия поддержания изменений

- Иногда мне очень нелегко, но я стараюсь...
- Я боюсь, что могу снова оказаться там же, откуда выкарабкался. Я пришел, чтобы Вы помогли мне удержать хотя бы то, чего я смог добиться...
- Меня действительно беспокоит, как все будет на вечеринке в субботу, там обязательно будет алкоголь
- Я поеду в отпуск домой, а там все мои давние друзья употребляют.
- Мой парень опять стал употреблять каждый день, и мне трудно удержаться.

6. Срыв

- Я все провалил!
- Я не могу измениться — на выходных снова укололся.
- Не вижу серьезных причин, чтобы не вернуться к употреблению.
- Не знаю, как это случилось, но я опять не удержался.
- Я просто неудачник. Я снова подсел

Зависимые люди часто находятся на стадиях преднамерения или намерения. К активной работе с клиентом стоит приступать тогда, когда он достигнет стадии активных изменений. Именно тогда у специалиста будет достаточно вариантов, как помочь клиенту реализовать изменения.

Стадия изменения и характеристики стадии	Задачи специалиста	Что предпринимать для выполнения задач
Стадия преднамерения Человек не задумывается над необходимостью изменений. Осознание позитивов употребления значительно перевешивает	зронить сомнение – способствовать осознанию рисков и проблем, связанных с практикуемой моделью поведения	Установить взаимопонимание. Принять недостаток готовности. С самого начала прояснить ситуацию: решения принимает сам клиент. Предлагать и предоставлять информацию в нейтральной, не осуждающей манере. Объяснить риск и рассмотреть его в отношении к клиенту. Предложить информацию, которая будет способствовать снижению вреда. Поощрять переоценку существующей модели поведения. Поощрять самоанализ, а не действия.

негативы		
<p>Стадия намерения Человек испытывает двойственность по поводу изменений. Находится в нерешительности. Не включает изменения в свои планы на ближайший месяц</p>	<p>Определить и развить причины для изменений и риски, связанные с отсутствием изменений. Укреплять самостоятельность и уверенность в собственных силах относительно изменения поведения</p>	<p>Принять недостаток готовности. Прояснить ситуацию: решение принимает сам клиент. Проанализировать с клиентом хорошее и не очень хорошее в употреблении наркотиков. Проанализировать схему обычного дня. Поощрять анализ оценку всех «за» и «против» изменения поведения. Понять, обобщить и высказать колебания и сомнения клиента по поводу изменений. Подчеркивать новые, положительные перспективы изменений, обнаруженные в результате анализа и оценки. Отслеживать и отражать, усиливая высказывания клиента, направленные на побуждение самого себя. Избегать соблазна предлагать доводы в пользу изменения (необходимо поощрять самого клиента делать это)</p>
<p>Стадия подготовки к действиям Человек принимает решение измениться и делает первые попытки — «пробует воду». Планирует начать изменения уже в течение одного месяца</p>	<p>Помочь человеку наметить оптимальный план действий, направленных на изменения</p>	<p>Изучить вместе варианты и стратегии поведения. Определить проблемы и препятствия, поддержать в их преодолении. Помочь клиенту определить возможные источники социальной поддержки. Помочь клиенту поверить в его скрытые способности для осуществления изменения поведения. Поощрять небольшие начальные шаги.</p>
<p>Стадия действий Человек пробует вести себя по-новому в течение 3—6 месяцев</p>	<p>Поддерживать клиента в его первых шагах к изменениям</p>	<p>Помочь в процессе определения целей, в планировании. Поддерживать при решении проблем. Помочь в определении препятствий изменений и факторов, поддерживающих и закрепляющих изменения. Сосредоточиться на признаках изменения и социальной поддержке. Укреплять самостоятельность и уверенность в собственных силах при преодолении препятствий. Помогать преодолевать чувство утраты прежнего образа жизни. Проговаривать и укреплять понимание долговременных преимуществ изменения</p>
<p>Стадия поддержания изменений Человек длительное время (от 6 месяцев до 5 лет и более) придерживается нового образа поведения</p>	<p>Поддерживать клиента в определении факторов срывов и помочь разработать и применить стратегии профилактики срывов</p>	<p>Поддерживать клиента в побуждении самого себя. Обсудить возможность противостояния срывам. Определить стратегии преодоления срывов, которые дали хороший результат. Исследовать и спрогнозировать факторы, которые могут вызвать срыв. Составить план поддержки (близкие, группы самопомощи, консультант)</p>
<p>Стадия срыва (необязательная стадия) Человек возвращается к прежним моделям поведения</p>	<p>Помочь клиенту вернуться к процессу размышлений, подготовки к действиям, чтобы он не разочаровался и не застрял на прежних моделях поведения после срыва</p>	<p>Помочь клиенту проанализировать случившийся срыв. Поддерживать клиента в рассмотрении срыва как поучительного опыта, а не как провала. Оценить вместе ситуации, связанные с высоким риском. Сосредоточиться на всех «за» и «против» того, чтобы немедленно вернуться к попыткам изменить поведение.</p>

Основные принципы мотивационного интервьюирования:

1. Проявлять эмпатию и психологическую поддержку;
2. Задавать открытые вопросы;
3. Отражать в диалоге эмоциональное состояние пациента;
4. Развивать проявление сомнения и внутренние противоречия;
5. Не стремиться сломать сопротивление пациента, а двигаться вместе с ним;
6. Задавать вопросы в не угрожающей манере, чтобы избежать проявления сопротивления и мотивировать пациента к изменениям;

Ловушки, которых следует остерегаться социальному работнику:

Не следует вовлекаться в следующие ловушки, которые (часто неосознанно) использует клиент:

- Вовлечение в спор или дискуссию.
- Добиться, чтобы вы признали, что ему помочь невозможно.
- Получить вашу поддержку или поощрение тех его действий, которые вы на самом деле не одобряете.
- Попытки вызвать у вас жалость.
- Клиент может превозносить вас, льстить вам или же пренебрежительно относиться к вам, а то и откровенно выражать вам свое негативное отношение.
- Перекалывание ответственности за свое поведение или чувства на других, обвинения.
- Попытки вынудить социального работника принять решение за него самого.

Чтобы не «вестись» на подобные проявления, важно вовремя это увидеть, осознать, после чего вы можете выразить свои чувства или мнение по этому поводу или просто не реагировать на это, продолжая внимательно слушать.

Возможные проблемы в применении МИ случаются, когда:

- специалист навязывает пациенту цель лечения;
- вмешательства, направленные на изменения определенного поведения до того, как достигнуто четкое согласие с пациентом;
- неспособность специалиста обходиться без поощрения ввиду прогресса пациента;
- представление о том, что зависимые не способны к изменениям;
- обвинение клиентов в их проблемах.

Таким образом, МИ даёт нам:

1. Установление доверительных отношений с пациентом.
2. Развитие у пациента чувства ответственности и уверенности в себе.
3. Уменьшает чувство страха у пациента и его недоверия к лечебным программам.

Лечебно-реабилитационные программы для зависимых

Программа реабилитации зависимых - это совокупность различных методик, направленных на выявление зависимости, на принятие больным ответственности за своё выздоровление, на формирование у зависимого новых навыков комфортной трезвости.

Миннесотская модель

Так называемая Миннесотская модель лечения была создана в конце 40-х годов. Эта модель явилась попыткой объединить духовные принципы работы групп АА с достижениями психологии, психиатрии, социологии и других наук.

В основе Миннесотской модели лечения лежат следующие представления:

- химическая зависимость (алкоголизм, наркомания) является неизлечимым хроническим заболеванием, имеющим духовную основу и возникающим не по вине заболевшего;

- химическая зависимость является одним из возможных проявлений глубинных духовных дефектов (позже они были названы созависимостью) и имеет единую природу с другими видами зависимости;

- зависимость невозможно вылечить, однако возможен поворот от развития болезни к выздоровлению при готовности человека к такому повороту и желании отказаться для этого от своеволия;

- у человека, страдающего алкоголизмом или наркоманией, легко может сформироваться зависимость от любых веществ, изменяющих сознание, волевою, эмоциональную или интеллектуальную сферу. Поэтому лечение по Миннесотской модели - полностью безмедикаментозное;

- лечебный центр должен представлять собой терапевтическое сообщество, персонал которого не противопоставляет себя пациентам, а сотрудничает с ними. Поощряется и стимулируется максимальная открытость в общении, при строгом соблюдении правил конфиденциальности и анонимности;

- ответственность за выздоровление лежит на самом пациенте;

- сотрудник лечебной программы должен быть примером поведения для пациента, а взаимоотношения между сотрудниками - примером для построения взаимоотношений пациента с другими людьми;

- крайне желательно привлечение к участию в лечебном процессе всей семьи пациента, а при возможности - и его друзей, сотрудников, начальства и т.д.

- вся терапевтическая система должна представлять собой широкий комплекс мероприятий, включающий профилактику, сеть контактных центров (телефоны, консультационные пункты, амбулатории), лечебные программы, социальную помощь и т.д.

Независимо от разновидности терапевтической системы: является ли она центром круглосуточного проживания (стационаром или общиной долговременного

лечения), дневным стационаром или амбулаторией, процесс лечения химически зависимых людей, как правило, имеет **следующие фазы:**

1. Установление первичного контакта и создание мотивации к выздоровлению. Эта фаза может быть пройдена как в самом центре, так и еще до поступления наркомана в него при включении его в специально организованную работу консультационных пунктов, психотерапевтические и духовные занятия с наркоманами и членами их семей и т. д. На этом этапе, как и на всех других, очень важную роль играют выздоравливающие наркоманы, а также социальные работники, проходившие стажировку в реабилитационных центрах, которые обладают достаточным знанием о проблеме и в то же время являют собой живое доказательство того, что выздоровление может быть успешным.
2. Период детоксикации, цель которого очистить организм от токсических веществ и укрепить жизненно важные внутренние органы. В этом периоде наиболее остро проявляются симптомы абстиненции, которые зачастую становятся причиной прерывания лечения. В некоторые центры наркомана принимают только после того, как он пройдет этот период самостоятельно или в медицинских учреждениях.
3. Основная работа в терапевтическом сообществе – это духовная, психологическая и социальная реабилитация наркомана. Само слово «реабилитация» означает восстановление способностей или возможностей человека. Для такого восстановления требуется профессионально и тщательно организованная система специальных занятий самого разнообразного свойства. Это, как правило, индивидуальная работа и групповая работа со священником (пастором), психологом, консультантом из выздоравливающих наркоманов, врачом-психотерапевтом и т. д., это программа, предусматривающая образование наркомана в отношении того, что такое зависимость и какие существуют пути ее преодоления. Очень важна и проводимая в подавляющем большинстве терапевтических общин работа с семьей наркомана.
4. Стадия ресоциализации, или реинтеграции, т. е. возвращения человека в нормальное общество. Длится эта стадия обычно от нескольких недель (в краткосрочных программах) до приблизительно двух лет (в долговременных терапевтических общинах). Здесь основные формы работы так же, как и на стадии реабилитации представляют собой разные виды психо- и социотерапии, сконцентрированные не только на самом пациенте, но и на его семье и вообще на окружении: друзьях, сослуживцах, однокашниках и т. д. Кроме того, наркоману помогают освоить новые профессиональные навыки, получить образование, найти работу, решить проблемы с жильем, т. е. начать жить по-новому.

Программа 12 шагов

Программа «12 шагов» - является эффективной программой помощи людям попавшим в наркотическую и(или) алкогольную зависимость. Появилась данная программа в 30-е годы в США, и , буквально, через несколько лет она уже использовалась во многих других странах мира. В России программа существует уже более 25 лет.

Первый шаг	Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что неспособны управлять своей жизнью.
Второй шаг	Мы пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы сами, может вернуть нам здравомыслие.
Третий шаг	Мы приняли решение передать нашу волю и нашу жизнь под защиту Бога, как мы его понимаем.
Четвертый шаг	Мы произвели глубокий и бесстрашный анализ всей своей жизни.
Пятый шаг	Мы признали перед Богом, перед собой и каким-либо другим человеком истинную природу наших заблуждений.
Шестой шаг	Мы полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от наших слабостей и недостатков.
Седьмой шаг	Мы смиренно попросили Бога избавить нас от наших слабостей и недостатков.
Восьмой шаг	Мы составили список всех людей, которым причинили зло, и приготовились попросить у них прощения и возместить ущерб.
Девятый шаг	Мы попросили прощения и возместили ущерб, кроме тех случаев, когда это могло кому-либо принести вред.
Десятый шаг	Мы постоянно осуществляем самоконтроль и, когда допускаем ошибки, сразу исправляем их.
Одиннадцатый шаг	Мы стремимся путем молитвы и медитации углубить соприкосновение с Богом, молясь лишь о знании Его воли и о даровании нам силы для исполнения ее.
Двенадцатый шаг	После духовного возрождения в результате выполнения предыдущих шагов, мы стараемся поделиться нашим опытом с алкоголиками, которые все еще страдают, и применять принципы Программы во всех наших делах.

Этапы работы:

- выявление преморбидных личностных черт, определяющих выбор защитных механизмов и придающих данному конкретному больному тот индивидуальный рисунок отношения к болезни, который отличает его от других больных
- выявление факторов, поддерживающих алкоголизацию
- подготовка и реализация индивидуального плана работы
- разработка подходов по преодолению «сопротивления» данного больного с учетом избираемого им стиля защитного реагирования
- воздействие на провоцирующие факторы
- модификация и укрепление факторов защиты для успешного функционирования личности больного на этапе ремиссии.

Серьезным препятствием на пути вовлечения алкоголиков в борьбу со сформировавшимся пристрастием к спиртному является характерное проявление алкоголизма – алкогольная анозогнозия, под которой понимается непризнание алкоголиком факта зависимости от алкоголя и игнорирование очевидных признаков алкоголизма. Уровень анозогнозии во многом определяет прогноз заболевания, являясь предиктором как длительности ремиссий, так и их качества (Баранова О.В., 2005; Ерышев О.Ф. и др., 2006; Lacoste J. et al., 2011).

Отношение к болезни включает:

- способность оценивать некоторые свои психические симптомы как патологические
- признание больным, что он страдает психическим расстройством в целом
- понимание больным связи между изменениями социального функционирования и психическим заболеванием

Нередко страдающие могут признавать наличие у них некоторых проблем с алкоголем, но при этом они часто считают, что дела обстоят не настолько плохо, чтобы полностью отказываться от спиртного. Они делают попытки перейти на более легкие напитки и контролировать дозу, оставаясь безосновательно убежденными, что в случае необходимости, в любой момент смогут перестать пить.

Они отрицают и факт существования болезни, и ее отдельные симптомы, для оправдания своего пьянства возводят целую систему психологической защиты. Американский психолог Т. Т. Горский отмечает **15 типов отрицания**. Алкоголики прибегают ко всем видам отрицания, хотя используют одни из них чаще других. Приведем пример некоторых из них:

1. Простое отрицание. Это просто отрицание химической зависимости. Например: «Вы – алкоголик – нет, я не алкоголик».
2. Преуменьшение. Желание преуменьшить степень своей химической зависимости. Например: «Да, я выпиваю, но немного» или «Во время застолья я не так уж и напился».

3. Обоснование. Логические объяснения для выпивки или употребления наркотиков. Например: «Мне трудно заснуть, поэтому я выпиваю»; «Наркотики мне необходимы от боли в спине»; «У меня сегодня был неудачный день».
4. Обвинение. Выпивка по причине внешних условий, которые «заставили» это сделать. Ответственность лежит на ком-то или чем-то еще, но не на клиенте. Например: «Если бы жена относилась ко мне лучше, то мне не пришлось бы пить»; «Меня уволили с работы, из-за этого я и начал пить».
5. Торговля или заключение сделок. Например: «Я брошу пить, тогда ты бросишь курить»; «Я брошу пить, когда на работе станет поспокойнее».
6. Обобщения, философствование. Подведение общей и неконкретной теоретической базы под выпивку. Например: «Я из семьи алкоголиков, поэтому у меня гены ненормальные». «У меня было такое несчастливое детство, что теперь я таким образом стараюсь преодолеть подсознательные чувства».
7. Уход от темы. Перемена темы разговора. Например: «Ну да, вчера я напился, так что у нас на ужин?»; «Тебе не нравится, что я пью? А мне не нравится, что ты такая толстая!»
8. Пассивность. Игнорирование проблемы или роль жертвы. Например: «Я пытался бросить, но эта привычка сильнее меня»; «Я ничего не могу поделаться»; «Если бы у меня была сила воли, то...»
9. Враждебность. Прибегание к угрозам, чтобы заставить других перестать обсуждать проблему. Например: «Я тебе противен в постели пьяный? Прекрасно, сексом больше не занимаемся»; «Отвяжись от меня!»; «А тебе нравится, что я приношу домой зарплату?»

Специалист обязан:

- внимательно слушать, чтобы понять, в чем заключается проблема его собеседника;
- дать собеседнику понять, что социальный работник действительно слушает и понимает его;
- получить подтверждение собеседника в правильности своего понимания его ситуации или проблемы;
- помочь собеседнику разобраться и понять себя, ситуацию и увидеть возможности перемен.

Для эффективного оказания психологической помощи клиентам, страдающим алкоголизмом, специалисту необходимо использовать следующие коммуникативные навыки:

1. *Внимательное отношение.* Проявление интереса и заботы о клиенте языком жестов, глядя ему в глаза, а также вслушиванием в его слова. Внимательное отношение – это ключевой навык, на основе которого строится все остальные коммуникационные навыки.

2. *Перефразирование.* Формулирование содержания предыдущего утверждения клиента. Иногда перефразирование может проявляться в простом повторении собственных слов клиента, возможно, особо выделяя какое-нибудь слово.
3. *Описание эмоций клиента.* Формулирование сущности того, что чувствует клиент (и что явно или косвенно следует из его слов или поведения). В отличие от перефразирования, описание эмоций в основном касается эмоциональной стороны сообщения клиента, выраженного словесными или несловесными способами. Таким образом, описание эмоций – это сочувственный отклик на эмоциональное состояние клиента.
4. *Резюмирование.* Подведение основных итогов обсуждения во время консультации. Резюмирование может фокусироваться как на чувствах, так и на содержании и может использоваться после обсуждения определенной темы во время консультации или в конце ее в качестве обзора всех основных тем. Резюмировать – значит отобрать из рассказа клиента основные моменты и чувства и кратко охарактеризовать их как единое целое.
5. *Зондирование.* Использование социальным работником вопроса или высказывания для того, чтобы направить внимание клиента внутрь, на более глубинное исследование своей ситуации. Социальный работник определяет вопрос, требующий дальнейшего внимания и затем открыто формулирует его. При правильном использовании зондирование способствует достижению консультантом и клиентом лучшего понимания ситуации, в которой находится клиент.
6. *Самораскрытие.* Самораскрытие должно содержать существенную информацию, имеющую отношение к ситуации, в которой находится клиент. Для того, чтобы самораскрытие оказалось действенным, важно правильно выбрать время и содержание.
7. *Истолкование.* Прием, который социальный работник использует с целью показать клиенту альтернативный взгляд на его положение.
8. *Конфронтация.* Намеренное использование социальным работником утверждения или вопроса с целью заставить клиента оказаться лицом к лицу с проблемой, которой он, по мнению социального работника, старается избежать.

Восемь коммуникационных навыков – это те необходимые приемы работы социального работника, которые нужны ему в большинстве случаев при оказании психологической помощи на индивидуальной основе.

Помощь в преодолении отрицания – важнейший элемент психологической работы с клиентами, имеющими алкогольные проблемы, так как отрицание проблемы алкоголизма – основное препятствие к выздоровлению.

**Комплексная модель
медико-социальной реабилитации родителей, страдающих алкогольной
зависимостью, в том числе безработных родителей, со стороны которых
имелись случаи жестокого обращения с детьми или присутствует
опасность таковых.**

Эффективность применения модели

Междисциплинарное взаимодействие позволяет подходить к решению медико-социальной реабилитации многосторонне. Происходит интеграция медицинских и психологических знаний с практикой социальной работы.

Психологический компонент включает использование представлений о развитии личности, микроокружении и макроокружении, оказывающем влияние на формирование личностных особенностей, характерных для них поведенческих паттернов, механизмах психологической защиты, формах взаимодействия с окружающим миром. Здесь рассматриваются проблемы клиента, связанные с вопросами о том, как себя вести и развиваться с учетом прошлого опыта, понимания значимости актуальных событий и процесса формирования представлений о собственной роли в жизни. Рассматриваются предрасполагающие, поддерживающие факторы для развития хронического алкоголизма, стиля жизни без работы и формирования агрессивных поведенческих стереотипов, проявляющих себя в виде жестокого обращения с детьми (включая все виды насилия физическое, моральное, сексуально). В процессе реализации психологического компонента выявляются возможности регуляции социального поведения клиента путем обучения его "отрабатывать" механизмы своих поступков, адекватные социальным условиям или той конкретной социальной ситуации, в которой он оказался, создается мотивация для глубокой психологической работы с личностью, осуществления лечебно-реабилитационных мероприятий в специализированных учреждениях и поддержание положительных изменений после активного лечения. Основная форма реализации этого компонента – консультирование (диагностика проблемы, информирование, мотивационное интервью).

Медицинский компонент реализуется посредством применения информации о заболевании (хронический алкоголизм), влиянии заболевания на близкий круг, патологических связей, удерживающих болезненный симптом, а также взаимодействие с лечебно-реабилитационными учреждениями, оказывающими помощь данным категориям граждан. Основная форма реализации этого компонента – консультирование (определение уровня развития заболевания, информирование о болезни и способах лечения, мотивационное интервью).

Социальный компонент представляет собой деятельность по оптимизации формирования, осуществления и реабилитации жизненных ресурсов человека, помощь в ресоциализации посредством усиления и активизации факторов защиты.

Основная форма реализации этого компонента – консультирование (определение плана мероприятий по ресоциализации, информирование, мотивационное интервью).

Использование всех этих компонентов позволяет более индивидуально подойти к личности клиента, обладая более целостным представлением о социальной проблеме, создать и осуществить эффективный план медико-социальной реабилитации. Указанные компоненты реализуются в процессе алгоритма межведомственного взаимодействия заинтересованных ведомств (медицинских организаций, социальных структур, образовательных учреждений, полиции, опеки и т.п.)

Структура комплексной модели

Первый этап – подготовительный (информационно-обучающий). На данном этапе:

- предоставление сотрудникам социальных организаций информации о проблемах, связанных с употреблением алкоголя, феномена безработицы и жестокого обращения. Темы информационных блоков:

- I. Предпосылки развития болезней химической зависимости. Факторы риска и факторы защиты.
- II. Особенности личности – как предрасполагающий фактор (зависимая личность и эмоционально-неустойчивая личность), поведенческие паттерны.
- III. Психопатические (социопатические) личности. Особенности помощи.
- IV. Основные стили воспитания в семье, где имеются лица, страдающие алкогольной зависимостью, а так же безработные.
- V. Понятие дисфункциональной семьи. Критерии здоровой семьи. Понятие о факторах риска и факторах защиты.
- VI. Алкогольная зависимость. Особенности течения. Изменение личности и поведения на фоне употребления алкоголя. Алкогольная анозогнозия. Опросники для диагностики алкогольной зависимости.
- VII. Алгоритм оказания помощи пациентам с синдромом зависимости.
- VIII. Лечебно-реабилитационные программы для пациентов с аддиктивными расстройствами.
- IX. Созависимость. Понятие. Клинические проявления.
- X. Социально-психологический портрет безработного и проблемы социальной и психологической адаптации безработных к сложной жизненной ситуации.
- XI. Особенности мотивационной работы с химически зависимыми. Мотивационные факторы. Правила построения профилактической беседы при работе с родителями страдающими алкогольной зависимостью (в том числе и с безработными). Мифы.
- XII. Психологическая поддержка безработных. Актуальность психологической поддержки при работе с безработными семьями. Порядок осуществления психологической поддержки.

- XIII. Теоретические аспекты насилия и жестокого обращения с детьми. Формы, причины, последствия насилия и жестокого обращения с детьми. Физическое насилие: факторы риска, признаки, особенности ранней диагностики.
- XIV. Понятие о границах личности. Виды границ. Последствия нарушений личностных границ при любых проявлениях насилия и жестокого обращения.
- XV. Психическое (эмоциональное) насилие: причины, факторы риска, ранняя диагностика. Пренебрежение основными потребностями ребенка. Основные потребности согласно возрасту. Причины пренебрежения, раннее выявление.
- XVI. Понятие мотивационного интервью. Проведение Мотивационного интервью. Работа со шкалами. Структура МИ. Понимание метода МИ. Применение метода МИ при работе с данным контингентом – лицами, страдающими алкогольной зависимостью и безработными. Распространенные ошибки. Критерии успешной мотивации.

- практические упражнения, обучение навыкам взаимодействия с контингентом, навыкам консультирования, мотивационного интервью.

Второй этап – диагностика трудной жизненной ситуации клиента (консультирование) – фокусирование проблемы. На данном этапе осуществляются следующие виды деятельности:

- сбор информации по истории жизни и развития заболевания (выявление наследственности; преморбидных личностных черт, определяющих выбор защитных механизмов и придающих данному конкретному больному тот индивидуальный рисунок отношения к болезни, который отличает его от других больных);

- определение степени выраженности анозогнозии;

- выявление факторов, поддерживающих алкоголизацию, безработицу и агрессивное поведение;

- выявление факторов защиты.

Третий этап - подготовка индивидуального плана реабилитационной работы с клиентом (анализ истории жизни, жизненной ситуации, сбор данных). Он включает:

- разработку подходов по преодолению «сопротивления» данного больного с учетом избираемого им стиля защитного реагирования;

- поиск методов воздействия на провоцирующие факторы, включая работу с семьей и референтной группой, привлечение заинтересованных структур;

- модификацию и укрепление факторов защиты для принятия решения, осуществления действий в направлении трезвости и продуктивного межличностного взаимодействия, а также успешного функционирования личности больного на этапе ремиссии;

- поиск мотивирующих факторов для участия в специальных лечебно-реабилитационных программах на базе медицинских учреждений;

- социально-психологическую поддержку в период совместной работы;

- использование социально-психологического контракта с клиентом, с четким прописыванием задач и ответственности за выполнение/невыполнение.

Четвертый этап – реализация индивидуального плана работы с клиентом (консультирование, индивидуальная работа, работа с семьей, групповые формы работы, информирование, мотивационное интервью) – заключается в следующем:

- работа с сопротивлением (анозогнозией);

- воздействие на провоцирующие факторы, включая работу с семьей и референтной группой, использование административных ресурсов в рамках действующего законодательства;

- использование факторов защиты для формирования устойчивой мотивации к преодолению саморазрушающего жизненного стиля;

- мотивация для участия в специальных лечебно-реабилитационных программах на базе медицинских учреждений, в том числе с использованием законодательных рычагов;

- социально-психологическая поддержка в период принятия важных решений, действий и периода ремиссии с целью формирования и поддержания продуктивных навыков социального функционирования;

- подведение промежуточных итогов, с формированием новых планов, социально-психологических контрактов (см. Приложение 5).

Практические рекомендации для граждан не уверенных в себе, а также безработных, находящихся в поиске работы

Рекомендации психолога Андриен Менделл

Наблюдайте за своим поведением и ведите записи о том: как часто Вам представляется случай действовать уверенно, как часто Вам приходится сожалеть о том, что Вы были недостаточно уверены в себе.

Систематизируйте свое поведение: в каких ситуациях Вы действуете наиболее уверенно, с кем Вы себя ведете более уверенно.

Берите пример с уверенной личности: что Вам нравится в уверенном в себе человеке, что делает его таким результативным.

Вспомните ситуацию, в которой Вы должны были бы вести себя более уверенно: Как Вы себя вели, чувствовали, о чем думали и каков был результат.

Представьте себе ситуацию зрительно и в подробностях, в которой Вы действуете успешно и эффективно, и чувствуете себя спокойно и уверенно: о чем Вы думаете, как себя чувствуете, что Вы говорите, и что Вы почувствуете, когда цель будет достигнута.

Попробуйте справиться с реальной ситуацией так же, как с воображаемой: начните с простой ситуации, создайте вокруг себя благоприятную обстановку.

Оценивайте результаты: запомните, что именно помогло добиться их, обратите внимание на то, как хорошо Вы себя при этом чувствуете, вознаградите себя.

Попробуйте применять свою новую реакцию в постепенно усложняющихся ситуациях: идите от простого к сложному, чтобы у Вас было больше успехов, чем неудач, не падайте духом, если Вас постигнет неудача, так как время от времени провалы случаются у всех.

Каждый результат оценивайте, ведя дневник, описывая в нем все Ваши попытки вести себя уверенно. Не жалейте времени для оценки каждой ситуации: что помогло, помешало, о чем Вы думали и что чувствовали. Проявите терпение. Не торопитесь и не ждите слишком быстрого результата. Всегда награждайте себя за успех.

Если Вы провалились, поздравьте себя с совершением попытки и попытайтесь снова. Наблюдайте за ростом своего мастерства и ведите дневник, описывая все попытки достижения уверенности.

Релаксация

Занятия психофизической релаксацией и аутотренингом будут более эффективны при дополнительном использовании так называемых «бессознательных» методов борьбы со стрессом, к которым относятся цвето- и ароматотерапия.

Цветотерапия

Психологами, исследующими влияние цвета на восприятие человека, было установлено, что цвет, вернее физическая волна, от него исходящая, определенным образом влияет на самочувствие человека и даже оказывает целебное действие.

Так, **красный цвет** повышает внутреннюю энергию, нормализует кровообращение и обмен веществ.

Оранжевый - помогает снять усталость, хандру, депрессию, неуверенность и страх. Этот цвет помогает вызвать прилив жизненных сил. Не случайно древние считали его цветом здоровья и жизненного благополучия.

Желтый - повышает концентрацию внимания, улучшает настроение и память. Его влияние очень благотворно при нарушениях работы печени.

Зеленый - способствует ритмичной работе сердца, отдыху глаз, оказывает умеренное противовоспалительное и противоаллергическое действие, полезен при сниженной функции почек, головокружении, нервозности.

Голубой - успокаивает, повышает иммунитет, снимает воспаление и ощущение жжения, например при солнечных ожогах, благоприятно влияет на работу щитовидной железы.

Синий - помогает при бессоннице, вызывает ощущение комфорта и покоя, снимает напряжение, снижает артериальное давление, успокаивает дыхание.

Фиолетовый - развивает интуицию, нормализует состояние лимфатической системы, помогает при мигренях. Таким образом, выбирая тот или иной цвет, можно не только «поднять» себе настроение, но и скорректировать свое физическое состояние.

Ароматотерапия

С древности метод лечения «ароматами» был одним из основных методов борьбы с недугами. Еще до появления медикаментов, человек научился использовать целебные свойства растений в лечении различного рода заболеваний. Не утратили они свою актуальность и в наши дни. Даже наоборот, после определенного периода забвения, фито- и ароматотерапия вновь получили свое второе дыхание. И стали активно и с успехом использоваться не только в медицине, но и психотерапии. Особенно в работе с клиентами, находящимися в стадии «глубокого» стресса.

Установлено, что лавандовое эфирное масло снижает возбудимость центральной нервной системы, способствует нормализации функции вегетативной нервной системы, действуя как фитовегеторегулятор. Оно применяется при бессоннице, неврозах, общей слабости и пониженном давлении.

Эфирные масла сосны, ели и базилика используются при нервном истощении, бессонницах, умственных перегрузках.

Эфирные масла, «создающие настроение», - апельсин, грейпфрут, мандарин, жасмин, сирень.

Эфирное масло жасмина обладает антистрессовым и расслабляющим действием. Апельсиновое эфирное масло благотворно влияет на психоэмоциональное состояние.

Эфирное масло шалфея укрепляет нервную систему.

Как мы видим, существует целая система профилактических мер - ауто-тренинг, цвето- и ароматотерапия, которые помогут предотвратить негативное влияние стресса на организм.

Существует, однако, еще одно действенное средство «борьбы со стрессом», оно заключено в следующем золотом правиле: «Если Вы не можете изменить ситуацию, попробуйте изменить свое отношение к ней».

В этом же ключе составлены немудрые рекомендации Ганса Селье, директора Международного института стресса.

«Живите полной жизнью»

Стресс неудач и рухнувших надежд особенно вреден. Человек с его высокоразвитой нервной системой чрезвычайно чувствителен к психическим травмам, но есть много приемов, сводящих ранимость к минимуму. Вот некоторые из наиболее полезных:

- Постоянно стремясь завоевать любовь, все же не заводите дружбы с бешеной собакой.
- Признайтесь, что совершенство невозможно, но в каждом виде достижений есть своя вершина, стремитесь к ней и довольствуйтесь этим.
- Цените радость подлинной простоты жизненного уклада.
- С какой бы жизненной ситуацией вы ни столкнулись, подумайте сначала, стоит ли сражаться. Не забывайте, что природа учит нас тщательно выбирать.
- Постоянно сосредоточивайте внимание на светлых сторонах жизни - «Берите пример с солнечных часов - ведите счет лишь радостным дням».
- Даже после сокрушительного поражения бороться с угнетающей мыслью о неудаче лучше всего с помощью воспоминаний о былых успехах. Такое преднамеренное припоминание - действенное средство восстановления веры в себя, необходимой для будущих побед.
- Если вам предстоит удручающе-неприятное дело, но оно необходимо для достижения цели, не откладывайте его. Вскройте нарыв, чтобы устранить боль.
- Учтите, что люди не рождаются равными, хотя они, конечно, должны иметь равные возможности.
- Наконец, не забывайте, что нет готового рецепта успеха, пригодного для всех. У каждого он индивидуален.

Формирование чувства защищенности **(Упражнения для релаксации)**

Упражнение 1

Сидя в кресле, постарайтесь расслабить все мышцы за исключением тех, которые нужны для сохранения позы. Для этого устройтесь удобно. Положение тела свободное, расслабленное, непринужденное. Вы некуда не спешите. Вы мысленно очерчиваете вокруг себя линию. За этим кругом Вы оставляете все свои заботы. Вы пребываете в абсолютном покое. Вы легко контролируете свое тело, свою психику.

Вы полностью погружаетесь в свой внутренний мир. Вы внутри себя. Вы слились сознанием с собственным телом. Ваше "я" проникло в каждую клеточку Вашего организма. И каждая клеточка Вашего организма охотно выполняет пожелания Вашего "я".

Сейчас Вы сосредоточиваете внимание на своем лице. Расслабляются мышцы лба, шеи, губ. Веки смыкаются, а мысленный взор направляется в область лба. Зубы не стиснуты, а кончик языка расположен у основания верхних зубов. Лицо спокойно и неподвижно, как маска. Лицо-маска...

Мышцы шеи расслаблены полностью. Вы делаете спокойный вдох, выдох и устанавливаете удобный, успокаивающий ритм дыхания. Дыхание спокойное, ровное, ритмичное. Вы вдыхаете спокойствие. С каждым вдохом покой наполняет Ваше тело. Ваша правая рука становится мягкой, расслабленной. Вы чувствуете тепло в кончиках пальцев, чувствуете, как тепло распространяется по всей руке. Ваша правая рука тяжелая, тяжелая. Вы переключаете внимание на свою левую руку. Ваша левая рука становится мягкой, расслабленной. Вы чувствуете тепло в кончиках пальцев, чувствуете, как тепло распространяется по всей руке, Ваша левая рука тяжелая, тяжелая.

Первое упражнение незаметно переходит во второе.

Упражнение 2.

Сидя спокойно в кресле, представьте, что в самом центре Вашего существа есть маленькая частица, которая очень-очень спокойна и счастлива. Не затронутая всеми страхами и заботами о будущем, пребывает она там, в полнейшем мире, в силе и счастье. До нее нельзя добраться, к ней нельзя прикоснуться. Если Вы пожелаете, ее можно представить в виде некоего образа - язычка пламени, драгоценного камня или потаенного озера, спокойного, с гладкой, без малейшей зыби поверхностью. Преисполненная глубокой умиротворенностью и радостью, спокойствием и силой, она находится в полной безопасности.

Она там - глубоко в Вас.

Представьте теперь, что это пламя, этот драгоценный камень или это озеро, находящееся глубоко, в самом центре, в самом ядре Вас -Вы сами.

Представьте, что этот потаенный центр всегда пребывает в Вас, оставаясь там таким же спокойным и тихим, через какие бы трудности, проблемы и беспокойства Вам ни пришлось бы пройти, и что, если Вы захотите, Вы можете научиться в

любой момент припоминать, что эта частица там. И много раз за день Вы можете вспомнить об этом маленьком ядрышке внутренней умиротворенности, мысленно приобщиться к нему. Зная, что оно здесь, совсем рядом, Вы будете ощущать больше спокойствия и расслабленности и одновременно больше уверенности и силы в решении своих проблем и в повседневных делах и отношениях с людьми.

Как развить уверенность в себе

Одной из самых опустошающих душу черт является страх совершения ошибки. Женщины очень часто застревают на своих ошибках. Они помнят о своих промахах, размышляют о них, впадают в оцепенение или испытывают полную душевную опустошенность. Вы должны, Вы просто обязаны научиться спокойно совершать ошибки. Предлагаем советы, которые помогут Вам развить уверенность в себе.

И забудьте о неудаче! Знайте: не совершает ошибок тот, кто ничего не делает.

Десять советов, которые помогут Вам обрести уверенность:

1. Вначале поработайте в гордом одиночестве. Попробуйте сделать что-то трудное: рисуйте, испеките необычный торт, вяжите, шейте. Неважно, что результаты будут ужасны. Ведь их все равно никто, кроме Вас, не увидит и прекратите сами наказывать себя.

2. Прислушайтесь к себе и постарайтесь осознать, что именно Вы чувствуете, когда допускаете ошибку. Попробуйте обратить свое внимание на то, какие слова Вы говорите себе после промаха. Вполне вероятно, что внутренний голос говорит: «Идиотка, ничего толком сделать не можешь!», или «Ну и дубина!».

3. Постарайтесь, если Вы допустили ошибку, отнеситесь к себе добрее. Когда Вы начинаете себя ругать, - немедленно остановитесь!». Улыбнитесь и вспомните, что мухи слетаются на мед, а не на уксус. Скажи себе: «Неплохая попытка! В другой раз постараюсь сделать лучше».

4. Оцените свои опасения. Спросите себя: «Что случится, если я допущу ошибку? Наступит конец света? Кто-то умрет?» Соответствует ли уровень Ваших опасений истинной серьезности ситуации? Скорее всего, нет. Будьте готовы к промахам.

5. Продумайте все возможные варианты ошибок, которые могут иметь место в данной ситуации. Заготовьте средства для ликвидации последствий, что поможет Вам переломить привычку «наказывать себя». Если одна из предусмотренных Вами ошибок все-таки произошла, похвалите себя за то, что у Вас под рукой есть все необходимое. А уж если Вы сделали такую, что и предвидеть было невозможно, похвалите себя за изобретательность.

6. Научитесь преодолевать свою потребность нравиться. Чего Вы больше опасаетесь: негативных последствий Вашего ошибочного действия или осуждения окружающих? Если Вы боитесь неодобрения, Вы не одиноки в своих чувствах. Таковы большинство женщин. А если даже и так, ну и что же?

7. Попробуйте намеренно сделать ошибку на людях. Каждый день Вы принимаете множество решений- от того, какие туфли надеть, до выбора, кому поручить выполнение ответственной работы. Наверняка Вы способны принять неправильное решение. Но намеренная ошибка позволит Вам взглянуть на ситуацию со стороны и поможет хладнокровно наблюдать за реакцией окружающих. Не обращаете ли Вы на свои опущения больше внимания, чем все остальные? Вы смущены? Но ведь от стыда еще никто не умирал.

8. Не бойтесь мелких промахов. Упражняйтесь в своем поощрительном разговоре с собой. Отвечайте себе так, как Вы отвечали бы человеку, которого любите. Ваша задача состоит в том, чтобы убедиться, что ошибки не смертельны.

9. Постепенно идите на все больший риск. Если Вы не слишком хорошо поете, то не надо выступать с исполнением песни на праздничном вечере прежде, чем Вы не почувствуете себя вполне уверенно, распевая перед одним человеком, потом перед двумя и так далее.

10. Откажитесь от привычки наказывать себя за ошибки и возьмите обыкновение хвалить себя за достижения. Никогда не упускайте случая поздравить себя с успехом. Мы, как правило, ругаем себя за промахи, а успех воспринимаем как должное. Похвала и награда себе - важная часть жизни. Не упускайте ее.

Ошибки – неотъемлемая часть жизни. Невозможно научиться чему – то новому, не наделав промахов. Призовите на помощь свое чувство юмора. Способность терпимо относиться к неудаче даст хороший толчок Вашему движению по лестнице успеха. Упражняйтесь в совершении ошибок. Результат стоит затраченных усилий.

Вы потеряли работу...

Самое главное в этой ситуации - не позволить сформировать у себя характер безработного. Учитесь правильно вести себя в кризисные моменты своей жизни. Не воспринимайте неудачу как поражение. Это просто один из уроков жизни. Спросите себя: «Чему меня может научить эта ситуация?»

Постарайтесь вспомнить, как вы себя ощущали, когда все было хорошо. Положительная ситуация, вызванная вашим воображением, поможет появиться связанными с ней ощущениями.

Постарайтесь быть реалистичнее, когда вы описываете себе или близким ситуацию, в которой оказались. Избегайте таких эмоционально окрашенных слов, как «никогда», «ненависть».

Не разрешайте себе «утонуть» в жалости к себе, не отказывайтесь от помощи. Любовь, дружба и социальная помощь - мощные инструменты в борьбе со стрессом. Не воображайте худшего. Спросите себя, что самое плохое может случиться, и разработайте план, как справиться с этим.

Не стремитесь к абсолютному совершенству. Лучше спросите себя: «Какое небольшое улучшение я могу сделать?»

Не планируйте сразу слишком много дел. Составьте короткий список того, что нужно сделать в первую очередь.

Живите сегодняшним днем. Установите цели, пусть они будут пока небольшими, не требуйте слишком много от себя.

Не замыкайтесь только на привычном, однообразном.

Не бойтесь рисковать. Пробуждайте в себе интерес к жизни, пробуя новые виды деятельности.

Живите с надеждой! Обязательно случится что-то, от чего вы будете счастливы. Научитесь получать удовлетворение от жизни прямо сейчас, не откладывая.

Рекомендации гражданам по повышению мотивации к труду, самореализации, коррекции психологического состояния

Искать работу следует всегда (как бы ни была хороша Ваша нынешняя работа, ее можно потерять завтра в силу совершенно не зависящих от Вас обстоятельств).

Если Вас несправедливо уволили, прежде всего, постарайтесь избавиться от праведного гнева на то, как далек этот мир от Вашего идеала. Ваш гнев погубит на корню все Ваши усилия по поиску работы, если Вы будете к месту и не к месту твердить о несправедливости.

Никто Вам ничего не должен, в том числе и работу, за получение работы нужно бороться.

Разница между везунчиком и неудачником определяется тем, как они сами ведут свои дела, а не какими-то внешними факторами вроде кризиса на рынке труда. Если Вы хотите, чтобы поиск работы увенчался успехом, составьте список того, что следовало бы делать для того, чтобы провалить эту затею. Да-да, именно провалить. На первое место поставьте то, что вернее приведет к провалу и т. п. (один человек на первом месте назвал "сидение дома"). А в соседней колонке разместите действия, противоположные соответствующим позициям Вашего списка (в приведенном примере на первом месте во второй колонке будет что-то вроде "обязательных ежедневных выходов из дома"). Таким образом, во второй колонке получим список действий, надежно ведущих к успеху.

Не рассчитывайте найти в точности такую же работу, какая у Вас была. Будьте готовы к перемене деятельности так, чтобы справиться с новой работой и получать от нее удовольствие.

Чем больше времени Вы потратите на определение того, чем Вы выделяетесь из 19 других людей, которые могли бы выполнять ту же работу, тем выше Ваши шансы.

Ни в коем случае не принимайте решений, исходя из того, что есть в наличии (что доступно). Со всей настойчивостью стремитесь именно к той работе, которую Вы больше всего хотите.

Ищите работу интенсивно, хотя бы одни раз в день.

Следите за собой все время, будьте опрятны, хорошо одеты, не забывайте о хороших манерах, куда бы Вы ни направлялись, где бы ни находились. Никогда не знаешь, кто тебя увидит, но любая встреча может самым решительным (и порой абсолютно неожиданным негаданным) образом сказаться на получении работы.

Лично обращение предпочтительнее письменного.

То, как Вы занимаетесь поисками работы, является для большинства работодателей показателем того, как Вы будете работать, получив ее, поэтому, занимаясь поисками без души, спустя рукава, демонстрируя пренебрежение к этому процессу, Вы сами обрекаете себя на неудачу.

Главное, что интересует работодателя: как Вы используете то, что Вы умеете; просто ли Вы без устали крутитесь или действительно решаете задачи, повышая тем самым и свою эффективность, и эффективность организации в целом.

Очень ценно продемонстрировать то, что Вы умеете (захватите с собой образцы своей работы на интервью).

Старайтесь произвести самое выигрышное впечатление и понравиться, даже если Вам совершенно очевидно, что в данном месте для Вас нет ничего подходящего. Возможно, если Вы произведете хорошее впечатление. Вам дадут дельный совет или даже порекомендуют другой фирме при удобном случае. Проявляйте мягкую настойчивость, напоминая о себе через некоторое время и справляясь, не изменилась ли к лучшему ситуация с приемом на работу.

При встрече с работодателем не произносите монологов дольше 5 минут; идеальный расклад: половину времени говорить, а половину - слушать.

Если Вы определили для себя, какую работу Вы ищете, объясните это всем вокруг. Чем больше глаз и ушей помогает Вам, тем лучше.

Организации стремятся нанимать победителей: преподносите себя, как подарок судьбы.

Основные этапы поиска работы

*Кто хочет работать — ищет средства,
кто не хочет — причины.*

С. Королев

Основными этапами поиска работы могут быть следующие:

- заполнение анкеты самооценки либо использование тестов, которые помогут вам объективно

оценить ваши способности к той или иной сфере деятельности;

- выбор работы, которая вам нравится. Начните со службы занятости.

Разговаривайте с людьми

разных профессий даже после того, как вы уже нашли себе работу.

Профессиональный прогресс требует непрерывного поиска;

- использование личных связей (родственных, дружеских, корпоративных и др.). Можете

начать со своей семьи, родственников, соседей, друзей, преподавателей и местных представителей делового мира;

- составление резюме;
- развитие в себе навыков проведения собеседования.

Агентство по трудоустройству является хорошим местом, с которого можно начать поиск потенциального работодателя. Проведение собеседования является лучшей возможностью получить первое место работы.

Вторым важным фактором, источником для получения работы является переписка с фирмами и передача в отделы кадров этих фирм хорошего письма и резюме.

Третьим надежным источником являются личные связи, т. е. возможность найти лицо в фирме, которое сможет вас порекомендовать. Таких людей можно найти, поговорив с друзьями, соседями, членами семьи и т. п., после чего вы сможете встретиться с этими людьми, побеседовать с ними и заручиться их рекомендацией.

Дополнительными источниками являются центры занятости, публикуемые списки вакансий, программы занятости, а также посещение интересующих вас фирм с просьбой о собеседовании.

Лица, ответственные за собеседование, будут оценивать ваш внешний вид (одежда, прическа, ногти, обувь), ваше отношение к собеседнику (предпочтение отдается дружелюбию), языковые способности (говорите достаточно громко, чтобы вас могли ясно слышать), а также мотивацию (вы должны с энтузиазмом относиться к словам собеседника).

Отметьте, что при собеседовании представители отдела кадров хотели бы услышать, что вы занимаетесь какой-либо деятельностью в клубах в свободное время, а также способны четко описать личные цели и задачи.

Составление резюме

Составление резюме обнаруживает ваши сильные и слабые стороны быстрее и вернее, чем что-либо другое. Резюме отражает ваше образование, уровень подготовки, предыдущие места работы и прочую деятельность.

Резюме – первое, что приходит в голову, как только Вы задумываетесь о поиске новой работы. И действительно, на собеседовании у Вас не попросят ничего более – ни паспорта, ни дипломов об образовании. Вся информация работодатель берет непосредственно из резюме и анкеты, которую Вы заполните на первой встрече.

Вывод можно сделать только один – к составлению резюме нужно отнестись профессионально.

Резюме - это оперативная самореклама и может понадобиться в зависимости от имеющейся вакансии выделить те или иные профессиональные и личные качества. Поэтому лучше всего так сформулировать свои возможности и

притязания, чтобы при необходимости можно было безболезненно что-то поменять местами, выбросить или наоборот вставить. Поэтому основной задачей при составлении резюме является четкое и внятное изложение потенциальному работодателю своих знаний и профессиональных навыков, которые позволяют вам претендовать на конкретную должность.

Работа над резюме требует терпения и времени, не следует делать это быстро и необдуманно. Не лишним будет показать свое резюме или даже привлечь к его написанию родственников, друзей или коллег по работе, которые помогут вам взглянуть на себя как бы со стороны.

Существует три ключевых момента, которые необходимо учитывать при написании резюме:

- У вас есть единственный шанс преуспеть с помощью резюме- в тот момент, когда его читают

в первый раз. Как правило, на просмотр резюме затрачивается не более 2 минут. Если внимание привлечь не удалось, то резюме не сработало.

- При написании резюме следуйте принципу избирательности. Информацию для резюме

следует отбирать, исходя из его целей и конкретной вакансии. Другими словами, в резюме стоит включать описание именно тех аспектов вашего опыта, которые значимы для позиции, на которую вы претендуете.

- Удачное резюме может стать поводом для интервью, т. е. личной встречи с работодателем, но

еще не гарантирует получение работы. Ваша цель - добиться, чтобы человек, читающий ваше резюме, захотел встретиться с вами лично.

Резюме состоит из следующих разделов:

Персональные данные и контактная информация - ваше имя, адрес, номера телефонов. Цель - позволить работодателю максимально оперативно связаться с вами наиболее удобным для него способом.

Цель - краткое описание должности, на которую вы претендуете, или вашей роли в организации. Этот раздел не всегда присутствует в резюме, однако его наличие говорит о том, что вы разборчиво относитесь к предложению компании и постарались подготовить резюме конкретно под предлагаемую вакансию. Цель не должна занимать более 2-3 строк.

Образование. В этом разделе вы даете максимально полную информацию о вашем образовании, причем, чем больше времени прошло после окончания учебного заведения, тем меньше места вы уделяете этому разделу. Например, если вы недавно закончили вуз, не стоит писать о вашей средней школе. Лучше указать название специализации, перечислить некоторые изученные предметы, имеющие отношение к конкретной вакансии. Если же вы закончили учебное заведение уже давно, не стоит подробно расписывать все ваши заслуги в учебе, а лучше обратить внимание на профессиональные навыки.

Профессиональный опыт (опыт работы). Обычно этот раздел имеет обратный хронологический порядок, т. е. вначале вписывается последнее место работы. Эта часть резюме обычно основная. Укажите даты начала и окончания работы, наименование организации, название должности. Если вы занимали несколько должностей, укажите их все. Это говорит о вашем росте в организации, что является дополнительным козырем. Кратко опишите должностные обязанности и достижения на работе.

Дополнительная информация. В этом разделе обычно говорится о владении иностранными языками, компьютером, наличие водительских прав, личного автомобиля и т.п. Хобби следует упоминать только в том случае, если оно тесно связано с предлагаемой вакансией.

Резюме должно удовлетворять следующим **основным требованиям:**

Краткость - вы должны уместить резюме на одной, максимум на двух страницах.

Конкретность - указывайте только ту информацию, которая относится к конкретной позиции.

Активность - не следует писать «участвовал», «оказывал помощь» и т. п. Лучше делать акцент именно на ваших достижениях и действиях.

Честность - не обманывайте вашего потенциального работодателя. Ложная информация обязательно обнаружится, и работодатель после этого не захочет с вами даже разговаривать.

Ошибки в тексте. Много раз проверьте резюме на наличие ошибок. Неграмотно составленное резюме обесценивает любые профессиональные заслуги!

Сомнительная информация в резюме. Не стоит искажать факты своей биографии и включать в резюме недостоверную информацию.

Неделовой стиль подачи информации. Резюме должно быть написано простым и лаконичным деловым языком, без художественных оборотов и развернутых повествований. Избегайте малоизвестных аббревиатур, которые могут быть незнакомы работодателю, лучше расшифруйте их.

Подготовка к собеседованию

Практика шокового собеседования при трудоустройстве. Какие новые приемы используют специалисты по персоналу при собеседовании? Попробуем разобраться в этой ситуации.

Практика шокового собеседования при трудоустройстве

Шоковое или стрессовое собеседование — это новый прием специалистов по подбору персонала. Задача такого собеседования — вывести испытуемого из равновесия и посмотреть на его реакцию.

Считается, что к собеседованию, как правило, соискатели на ту или иную должность готовятся заранее и поэтому как бы надевают маску, а при помощи шокового собеседования можно добиться естественной реакции человека, при которой он сбрасывает маску.

Специалисты в своем отношении к такому нестандартному подходу разделились, одни считают, что это замечательная технология, другие считают, что она унижает человека. Давайте попробуем разобраться в этом вопросе.

Предназначение. Шоковое собеседование используется в первую очередь, когда в требованиях работодателя стоит такой термин, как «стрессоустойчивость». Это могут быть: операторы call-центров, секретари, приемщики, диспетчеры, менеджеры по продажам, менеджеры по работе с клиентами, менеджеры по персоналу. Одним словом, это те сотрудники, которым в силу своей работы приходится много общаться с самыми разными людьми, причем, не всегда позитивно настроенными.

Кроме того, в некоторых крупных компаниях, такое шоковое собеседование устраивают тем соискателям, которые претендуют на неоправданно высокий, по мнению работодателей, уровень заработной платы.

Как проводится собеседование.

Специально используются различные приемы хамства, невоспитанности, пренебрежительности к соискателю. Чаще всего рекрутеры используют такие приемы:

- соискателя оставляют на 15—20 минут одного в кабинете;
- проводят собеседование на лестничной клетке, на улице, разговаривая на ходу;
- грубо обрывают фразой типа «говорите короче»;
- задают провокационные вопросы;
- задают вопросы, унижающие соискателя, например, спрашивают с иронией в голосе «почему это Вы считаете, что Вы компетентны в данном вопросе?»;
- задают слишком много вопросов о личной жизни;
- предлагают подробно рассказать о своих недостатках;
- проводят собеседование сразу с большим количеством соискателей;
- на собеседовании присутствует сразу несколько представителей руководства;
- постоянно говорят по мобильному телефону, причем, чаще звонят сами;
- зевают во время ответов соискателя;
- рассматривают какой-то журнал во время ответов соискателя, и т.д..

Могут быть и другие варианты.

Цель — выбить почву из-под ног человека, который пришел на собеседование, и посмотреть на его реакцию.

Как себя вести. Попав на такое собеседование, очень важно интуитивно почувствовать, что вас специально провоцируют и соблюдать спокойствие. Далее, есть несколько вариантов:

- подыграть рекрутеру, но на это способны лишь люди, обладающие высоким уровнем самообладания;
- проявить чувство юмора, которое, как спасательный круг, помогает во многих экстремальных ситуациях;

— сказать рекрутеру — «я понимаю, что вы проводите шоковое собеседование, что вы хотите вывести меня из себя».

Как правило, при окончании игры, провокации прекращаются, и раз соискатель догадался о том, что это шоковое собеседование, рекрутеры переходят на обычный тон.

Если же вы не поняли, что это шоковое собеседование и приняли все «за чистую монету», то в таком случае можно посоветовать, столкнувшись с хамством и пренебрежительностью, проявить выдержку и спокойствие, сохранить чувство собственного достоинства.

Помните, что лучшее оружие с хамом — не ответная грубость, а воспитанность, вежливость и интеллигентность.

Лучшее оружие с пренебрежительностью — спокойствие и быстрый анализ ситуации.

На любом собеседовании держите себя в руках, учитесь управлять своими эмоциями. Важно помнить, что не только вы нуждаетесь в работе, но и компания нуждается в первоклассных специалистах.

Поговорим о имидже

Для женщин: элегантная одежда; хорошая форма и здоровый вид; привлекательная прическа; тонкий макияж. Правильно сформированный профессиональный имидж по сути дела становится символом профессии и реально помогает добиться успеха, вызывая у окружающих (руководителя, коллег, клиентов) позитивные чувства. Считается, что, для того чтобы иметь успех в выполнении своей профессиональной роли, нужно обязательно соответствовать этой роли внешне, обладать убедительным имиджем («да, она настоящий бухгалтер», «это действительно отличный секретарь-референт», «она прирожденный работник сервиса» и т.п.).

Формируя свой имидж, человеку недостаточно знать, что ему следует изменить в облике, когда и что ему одевать. Важным моментом в технологии самоимиджирования являются целостность восприятия собственного образа, формирование адекватной самооценки, знание особенностей своего характера с опорой на его сильные стороны. Поскольку движения, жесты и слова в основном определяют, как вас воспринимают другие, давайте рассмотрим **правила, от выполнения которых зависят первые впечатления, производимые нами на других:**

1. Ваши первые десять слов должны быть очень важными. Наиболее эффективным средством быстрого взаимопонимания будет выражение благодарности.

- «Спасибо, что вы нашли время для встречи со мной этим утром, господин Иванов».

- «Я очень рад встретиться лично с вами, госпожа Смирнова».

- Это прекрасные образцы выражения благодарности во время первой встречи. Вы также можете успешно пользоваться этим правилом и при встречах с людьми, которых уже знаете.

2. Обратите внимание на других. Смотрите в глаза. Улыбайтесь. Вы можете выражать как энергию и решительность, так уныние и депрессию. Подумайте, что вам больше понравится: встреча с женщиной, которая выглядит не спавшей всю ночь, или же с улыбающейся женщиной с блестящими глазами. Ваше энергичное поведение демонстрирует вашу уверенность в себе. Улыбайтесь. Будьте подвижны. Будьте уверены. И людям это понравится. Попробуйте. Это действует.

3. Обратите внимание на походку. Входите ли вы в здание, где находится офис, где вы хотели бы работать или идете на встречу с работодателем, добавьте упругости в ваш шаг. Входите энергично, живо. Большинству из нас нравится общество энергичных людей.

4. Обратите внимание на свой внешний вид. Вы должны быть аккуратно причесаны, прическа должна соответствовать чертам лица. Украшения должны соответствовать событию и ситуации. Качество украшений и аксессуаров часто воспринимается как отражение вашей сущности. Обувь всегда должна выглядеть, как новая.

5. Следите за правильностью вашей речи. Неправильная речь выдает недостатки вашего воспитания, характеризует ваше окружение. Для контроля своей речи советуем приобрести справочник или орфографический словарь. Употребляйте слова соответственно ситуации.

6. В то время как смех может быть лучшим лекарством от многих болезней, хихиканье может быть явно раздражающим фактором. Некоторые люди хихикают, стараясь заполнить паузы или сгладить неловкие моменты. Вместо этого лучше выдержать паузу. Хихиканье - это непривлекательная привычка.

7. Единственно оправданная форма прикосновения друг к другу во время общения - рукопожатие. Пока вы не установили доверительные отношения, похлопывание, подталкивание локтем или легкое прикосновение могут быть восприняты как навязчивые действия. Не распускайте руки.

8. Не прячьте руки. Исследования в области этикета показали, что руки, лежащие на столе, более привлекательны, чем засунутые в карманы. Когда ваши руки спрятаны, это наводит на мысль, что вы говорите не все.

9. Устанавливайте зрительный контакт. Невозможно переоценить важность этого правила. Смотря прямо глаза, вы достигнете трех целей: произведете впечатление уверенного в себе человека, человека со здоровым самоощущением; вас воспримут как хорошего слушателя; вам, вероятно, окажут такое же вежливое внимание, когда вы будете говорить.

10. Улыбка посылает другим сигнал о том, что их поняли. Улыбка в действительности стоит тысячи слов, может быть, даже больше. Улыбающийся человек уверен в себе, и эта уверенность необходима ему для того, чтобы тонко и

адекватно воспринимать других, а это - реальный путь к самоутверждению, особенно в деловой сфере.

11. Если вы встречаете кого-либо в первый раз, то принято представляться, называя свои имя и фамилию.

Мичиганский тест (Michigan Alcoholism Screening Test, MAST).

1. Как вам кажется, вы пьете нормально? (под «нормально» имеется в виду, что вы пьете меньше или столько же, сколько большинство других). Ответ «НЕТ» — 2 балла.
2. Случалось ли вам проснуться после выпивки и обнаружить, что вы можете вспомнить только часть вечерних событий? Ответ «ДА» — 2 балла.
3. Случалось ли вашей жене (мужу), родителям или другим близким родственникам высказывать беспокойство по поводу вашего отношения к алкоголю? Ответ «ДА» — 1 балл.
4. Можете ли вы на вечеринке удовольствоваться только одной-двумя рюмками? Ответ «НЕТ» — 2 балла.
5. Случалось ли вам испытывать чувство стыда из-за своего отношения к спиртному? Ответ «ДА» — 1 балл.
6. Как считают ваши друзья или родственники – вы пьете как большинство других людей или больше? Ответ «БОЛЬШЕ» — 2 балла.
7. Можете ли вы прекратить пить, когда захотите? Ответ «НЕТ» — 2 балла.
8. Случалось ли вам посещать собрания Анонимных Алкоголиков? Ответ «ДА» — 5 баллов.
9. Случалось ли вам, подвыпив, вступать в драку? Ответ «ДА» — 1 балл.
10. Случалось ли так, что из-за спиртного у вас возникали проблемы в отношениях с женой (мужем), родителями или другими близкими родственниками? Ответ «ДА» — 2 балла.
11. Случалось ли вашей жене (мужу), родителям или другим близким родственникам обращаться к кому-либо за помощью в связи с вашим пьянством? Ответ «ДА» — 2 балла.
12. Случалось ли вам из-за выпивки расставаться с друзьями или подругами? Ответ «ДА» — 2 балла.
13. Случались ли у вас осложнения на работе из-за выпивки? Ответ «ДА» — 2 балла.
14. Случалось ли вам терять работу из-за пьянства? Ответ «ДА» — 2 балла.
15. Случалось ли пренебрегать своими обязательствами перед семьей или работой в течение двух или более дней подряд из-за того, что вы были пьяны? Ответ «ДА» — 2 балла.
16. Можно ли сказать, что вы довольно часто выпиваете до полудня? Ответ «ДА» — 1 балл.
17. Предупреждал ли вас врач, что у вас проблемы с печенью? Цирроз? Ответ «ДА» — 2 балла.
18. Случалось ли вам после основательного запоя впадать в белую горячку, то есть испытывать сильную дрожь, слышать голоса или видеть то, чего в реальности не

существует? Ответ «ДА» — 2 балла.

19. Случалось ли вам обращаться за помощью по поводу собственного пьянства?

Ответ «ДА» — 5 баллов.

20. Случалось ли вам лежать в больнице из-за пьянства? Ответ «ДА» — 5 баллов.

21. Бывало ли так, что из-за спиртного у вас возникали проблемы с психикой и вас помещали в психиатрическую больницу? Ответ «ДА» — 2 балла.

22. Случалось ли вам обращаться за помощью к психиатрам или к другим врачам, к священнику или кому-либо еще из-за обострения эмоциональных проблем под влиянием пьянства? Ответ «ДА» — 2 балла.

23. Случалось ли вам быть задержанным за управление автомобилем в нетрезвом виде? Ответ «ДА» — 2 балла.

24. Случалось ли вам попадать под арест (даже на несколько часов) из-за ненадлежащего поведения в нетрезвом виде? Ответ «ДА» — 2 балла.

Если сумма набранных баллов равна 5-и или более, то с большой долей вероятности можно говорить о наличии у тестируемого алкоголизма.

Мичиганский тест для выявления алкоголизма

1. Считаете ли вы, что выпиваете и пределах нормы? - Да, нет (2 очка за отрицательный ответ).
2. Считают ли ваши друзья или родственники, что вы выпиваете в пределах нормы? - Да, нет (2 очка за отрицательный ответ).
3. Посещали ли вы когда-нибудь собрания общества по борьбе с алкоголизмом? - Да, нет (5 очков за утвердительный ответ).
4. Не приходилось ли вам терять друзей или любимую девушку (парня) из-за пьянства? - Да, нет (2 очка за утвердительный ответ).
5. Не было ли у вас неприятностей на работе из-за выпивок? - Да, нет (2 очка за утвердительный ответ).
6. Не случалось ли вам пренебрегать вашими обязанностями, вашей семьей или работой в течение двух дней или более из-за пьянства - Да, нет (2 очка за утвердительный ответ).
7. Не страдали ли вы белой горячкой, приступами тяжелого озноба, не слышались ли вам несуществующие голоса и не представлялись ли не существующие предметы после чрезмерного пьянства? - Да, нет (2 очка за утвердительный ответ).
8. Не обращались ли вы когда-нибудь к кому-либо за помощью по поводу своей приверженности к алкоголю? - Да, нет (5 очков за утвердительный ответ).
9. Были ли вы когда-нибудь госпитализированы в связи с потреблением алкоголя? - Да, нет (5 очков за утвердительный ответ).
10. Были ли у вас задержания в связи с выпивкой за рулем или перед поездкой в качестве водителя? - Да, нет (2 очка за утвердительный ответ).

Испытуемый обводит кружком нужный ответ. Сумма в 6 баллов или более указывает на вероятность диагноза алкоголизма.

**Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя
AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test).**

Назначение теста: Выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголизма, алкогольной зависимости.

Инструкция к тесту: Пожалуйста, ответьте на вопросы теста.

Тестовый материал:

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

1. никогда;
2. 1 раз в месяц или реже;
3. 2-4 раза в месяц;
4. 2-3 раза в неделю;
5. 4 и более раз в неделю.

2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?

1. 1-2 стандартные дозы это:
*30-60 мл. 40% водки, или
75-150 мл. 17-20% крепленого вина, или
75-150 мл. 11-13% сухого вина, или
250 мл. – 1 бутылка 5% пива.*
2. 3-4 стандартные дозы это:
*90-120 мл. 40% водки, или
225-300 мл. 17-20% крепленого вина, или
300-400 мл. 11-13% сухого вина, или
1.5-2 бутылки 5% пива.*
3. 5-6 стандартных доз это:
*150-180 мл. 40% водки, или
375-450 мл. 17-20% крепленого вина, или
500-600 мл. 11-13% сухого вина, или
2.5-3 бутылки 5% пива.*
4. 7-8 стандартных доз это:
*210-240 мл. 40% водки, или
525-600 мл. 17-20% крепленого вина, или
700-1000 мл. 11-13% сухого вина, или
3.5-4 бутылки 5% пива.*
5. 10 и более стандартных доз это:
*более 300 мл. 40% водки, или
более 750 мл. 17-20% крепленого вина, или
более 1000 мл. 11-13% сухого вина, или
более 5 бутылок 5% пива.*

3. Как часто Вы выпиваете более 180 мл. водки (450 мл. вина) в течение одной выпивки?

1. никогда;
 2. менее, чем 1 раз в месяц;
 3. 1 раз в месяц (ежемесячно);
 4. 1 раз в неделю (еженедельно).
 5. ежедневно или почти ежедневно
4. Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?
1. никогда;
 2. менее, чем 1 раз в месяц;
 3. 1 раз в месяц (ежемесячно);
 4. 1 раз в неделю (еженедельно);
 5. ежедневно или почти ежедневно.
5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?
1. никогда;
 2. менее, чем 1 раз в месяц;
 3. 1 раз в месяц (ежемесячно);
 4. 1 раз в неделю (еженедельно);
 5. ежедневно или почти ежедневно.
6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?
1. никогда;
 2. менее, чем 1 раз в месяц;
 3. 1 раз в месяц (ежемесячно);
 4. 1 раз в неделю (еженедельно);
 5. ежедневно или почти ежедневно.
7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и(или) раскаяния после выпивки?
1. никогда;
 2. менее, чем 1 раз в месяц;
 3. 1 раз в месяц (ежемесячно);
 4. 1 раз в неделю (еженедельно);
 5. ежедневно или почти ежедневно.
8. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?
1. никогда;
 2. менее, чем 1 раз в месяц;
 3. 1 раз в месяц (ежемесячно);
 4. 1 раз в неделю (еженедельно);
 5. ежедневно или почти ежедневно.
9. Являлись ли когда-нибудь Ваши выпивки причиной телесных повреждений у Вас или других людей?
1. никогда;
 2. да, но это было более, чем год назад;
 3. да, в течение этого года.
10. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор, или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего

употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

1. никогда;
2. да, но это было более, чем год назад;
3. да, в течение этого года .

Ключ к тесту:

Баллы начисляются по следующей схеме:

<i>для вопросов 1-8:</i> <ul style="list-style-type: none">• ответ “а” – 0;• ответ “b” – 1;• ответ “с” – 2;• ответ “d” – 3;• ответ “е” – 4.	<i>для вопросов 9,10:</i> <ul style="list-style-type: none">• ответ “а” – 0;• ответ “b” – 2;• ответ “с” – 4.
---	--

Максимально возможная сумма баллов – 40.

Интерпретация результатов теста

- меньше 8 баллов – низкая вероятность алкогольной зависимости.
- 8-15 баллов: чрезмерное или рискованное потребление алкоголя.
- 16-19 баллов: опасное употребление алкоголя и употребление алкоголя с вредными последствиями.
- более 20 баллов: возможно наличие алкогольной зависимости.

Открытый протест

Я не считаю возможным вмешиваться в ваши отношения. Я сожалею, что у вас это произошло, но в ваших отношениях вы должны разбираться сами. После чего — перевести разговор на другую тему, показывая, что к той теме возвращаться вы не намерены.

Мягкий саботаж

В этой тактике следует изматывать нашу якобы Жертву долгими расспросами, постоянно сбиваясь на выяснение совсем посторонних подробностей и, по сути, переключая внимание с агрессивного плача на житейскую конкретику.

Да... И когда все это произошло? В четверг? Я помню... Еще дождь такой сильный днем шел. У вас он тоже был?..

Минусы этого способа — на него обычно уходит много времени.

«Разбуди зверя»

Плач может идти на разной энергетике: энергичный обвинительный плач говорит о высоком уровне сил и энергии, а тоскливое хлюпанье свидетельствует об энергетическом спаде. Вызвать протестную реакцию.

Агрессивная тупость или «доведение до абсурда».

Замысел этого приема: исходим из того, что ваш собеседник не очень умен (точнее, в данной ситуации он выбрал роль недалекого человека) и, по сути, он надеется попользоваться вашими мозгами. Тогда, если вы его убедите, что вы туповаты сами и попользоваться ему нечем, ему придется включать голову собственную.

- Что, собственно, и требуется.

Конкретное исполнение — среди разнообразных намерений собеседника вы выбираете самое агрессивное.

Загруз работой

В данном случае вполне уместно, вместо того чтобы беспомощно выслушивать пустые претензии, переключить собеседника на дела его собственные, дела предельно конкретные.

Заключение договора о предоставлении услуг

Как правило, ваш сценарий должен состоять, как минимум, из двух пунктов: самостоятельное формулирование Жертвой запроса о конкретной помощи и выполнение каких-либо дисциплинарных условий, выдвигаемых с вашей стороны.

Самостоятельное формулирование запроса получить непросто, для этого обычно требуется:

открытое формулирование вопроса (или соответствующего ожидания), теплота, эмоциональная поддержка и, одновременно, настойчивость.

