



НАСОКИ

**ЗА РАБОТА ПО ИЗГРАЖДАНЕ НА СОЦИАЛНИ УМЕНИЯ
ЗА ЗАВИСИМИ И ЗЛОУПОТРЕБЯВАЩИ С ПСИХОАКТИВНИ
ВЕЩЕСТВА В ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ПРОГРАМИ**



Мая Михайлова-Петкова, Елка Петкова,
Виолета Богданова, Красимир Иванов,
Елмира Нешева

**НАСОКИ
ЗА
РАБОТА ПО ИЗГРАЖДАНЕ
НА СОЦИАЛНИ УМЕНИЯ ЗА ЗАВИСИМИ
И ЗЛОУПОТРЕБЯВАЩИ
С ПСИХОАКТИВНИ
ВЕЩЕСТВА В ЛЕЧЕБНИ
И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ПРОГРАМИ**

София, 2008 г.

Материалът е изготвен в изпълнение на Националната програма
за развитие на лечебната система от метадонови поддържащи програми
на Република България (2006 - 2008 г.)

**НАСОКИ
ЗА
РАБОТА ПО ИЗГРАЖДАНЕ
НА СОЦИАЛНИ УМЕНИЯ ЗА ЗАВИСИМИ
И ЗЛОУПОТРЕБЯВАЩИ
С ПСИХОАКТИВНИ
ВЕЩЕСТВА В ЛЕЧЕБНИ
И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ПРОГРАМИ**

**Автори: Мая Михайлова-Петкова, Елка Петкова,
Виолета Богданова, Красимир Иванов, Елмира Нешева,
Национален център по наркомании**

**Под редакцията на Анна Любенова,
Фондация „Инициатива за здраве“**

СЪДЪРЖАНИЕ:

УВОД – Елка Петкова / 7

ВЪВЕДЕНИЕ КЪМ ТРЕНИРАНЕТО В СОЦИАЛНИ УМЕНИЯ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ В РАБОТАТА С ПАЦИЕНТИ СЪС ЗАВИСИМОСТ – Мая Михайлова-Петкова / 8

МОДУЛ (1) – ТРЕНИРАНЕ В КОМУНИКАТИВНИ УМЕНИЯ – Мая Михайлова-Петкова / 10

- 1.1. Въведение / 10
- 1.2. Оценка на комуникативните умения / 12
- 1.3. Подготовка за започване на групата за трениране на комуникативни умения / 13
- 1.4. Подбор на участници за трениране на комуникативни умения в група
- 1.5. Групова динамика и „съпротиви“ на участниците / 15
- 1.6. Възможни фази, през които групата за комуникативни умения може да премине / 19
- 1.7. Роля на груповия водещ или модератор / 20
- 1.8. Упражнения и техники за обучение в изграждане на вербални умения за комуникация / 20
- 1.9. Упражнения и техники за обучение в изграждане на невербални символни умения за комуникация / 22

МОДУЛ (2) – МОТИВИРАНЕ НА УЧАСТНИЦИТЕ В ГРУПАТА ЗА СОЦИАЛНИ УМЕНИЯ ЗА ТЪРСЕНЕ НА РАБОТА, ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ОБРАЗОВАНИЕТО ИЛИ ПРЕКВАЛИФИКАЦИЯ – Елка Петкова / 23

- 2.1. Какво мотивира хората за действие / 23
- 2.2. Видове мотивация и мотивационен процес / 24
- 2.3. Изграждане на социални умения за общуване с институции и получаване и обработка на информация / 28

МОДУЛ (3) – СЕМЕЙНА СТРУКТУРА И ГРАНИЦИ НА СЕМЕЙСТВОТО – Красимир Иванов / 32

- 3.1. Социални взаимоотношения на семейството и тяхното подпомагане / 32
- 3.2. Структурна семейна терапия / 33

МОДУЛ (4) – СЕКСУАЛНОСТ И ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ – Елмира Нешева / 36

- 4.1. Сексуална ориентация / 36
- 4.2. Особенности при предоставянето на здравни услуги, съобразени със сексуалната ориентация на клиентите / 40
- 4.3. Примерни техники за работа в група с хомосексуални и трансгендър хора / 41

МОДУЛ (5) – ХИГИЕНА НА ТЯЛОТО – РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА ЗДРАВЕТО. ИЗГРАЖДАНЕ ИЛИ ПОДСИЛВАНЕ НА СОЦИАЛНИ УМЕНИЯ ЗА ПОЛАГАНЕ НА ГРИЖИ ЗА ФИЗИЧЕСКОТО ЗДРАВЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ В СУБСТИТУИРАЩИ И ПОДДЪРЖАЩИ ПРОГРАМИ (СПП) – Елмира Нешева / 43

- 5.1. Хигиена на тялото – рискови фактори за здравето / 43
- 5.2. Особености в здравния статус на пациентите, включени за лечение в метадонови поддържащи програми (МПП) / 46
- 5.3. Основни дейности, извършвани от социалния работник, при работа с пациенти от програми за субституираща и поддържаща терапия / 46
- 5.4. Примерни техники за дискусии в група / 49

МОДУЛ (6) – ТРЕНИРАНЕ В УМЕНИЯ ЗА ДИСКУСИИ ПО СПЕЦИФИЧНИ ТЕМИ, СВЪРЗАНИ С ФИЗИЧЕСКОТО ЗДРАВЕ НА ЗАВИСИМИТЕ КЪМ НАРКОТИЦИ. ОСОБЕНОСТИ ПРИ ПАЦИЕНТИ В СПП – Виолета Богданова / 52

- 6.1. Мотивация на пациентите за тестване за кръвно-преносими и полово-преносими инфекции. Консултиране при тестване / 52
- 6.2. Бременност и раждане и кръвнопреносими инфекции / 55
- 6.3. ХИВ/СПИН / 56

ЗАКЛЮЧЕНИЕ / 56

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА / 57

ПРИЛОЖЕНИЯ / 58

УВОД

Елка Петкова

Уважаеми колеги,

Настоящото ръководство е предназначено за практическо ползване в ежедневната работа в лечебни (със субституиращи медикаменти) и рехабилитационни програми за зависими от наркотици и алкохол. То съдържа множество практически упражнения, които могат да бъде прилагани творчески съобразно спецификата на работа във всяка една от тях. Предназначено е да подпомогне специалистите, работещи в тези програми, да изградят у пациентите си социални умения на базата на тези упражнения, за да се подобри социалното им функциониране, да получат образование и обучение в университет, да подобрят здравния статус и семейните си отношения: с интимен партньор и вътре в семейството.

При разработване на практическото ръководство сме се спрели на 5 основни теми:

- Изграждане и трениране в поддържането на добри комуникативни умения за пациенти със зависимост;
- Социални умения за общуване с институции и умения за търсене на работа, продължаване на образованието и преквалификация;
- Умения за по-добро взаимодействие и комуникация в семейството, както и връзките, които изгражда със социалната среда;
- Разговорни умения и познания за сексуалността като част от психичното здраве;
- Умения за полагане на грижи и подобряване на собственото здравословно състояние.

Защо социални умения?

Социалната компетентност и емоционалната интелигентност са едни от най-важните предпоставки за успех в живота. Следователно да се използват техники, които развиват и подобряват социалните умения и способността за изразяване на мисли, емоции и чувства, за постигане на личните цели в живота на хора със зависимости в области като приятелства, семейни отношения, работа, училище, почивка, качество на живота, духовност, е нещо много необходимо. Често пъти като правило те са липсващи при работата с хора с тежък проблем с наркотиците, каквито са пациентите от субституиращите програми, при други имат нужда от преформулиране и надграждане – рехабилитационните програми. Тези хора могат да получат знания и умения, за да постигнат своите лични цели в тези области и да се реализират в живота. Тези нови знания и умения се научават чрез личен опит. Ето защо тренирането в социални умения представлява мощно и ефективно средство за успешна социализация и ресоциализация и личностна удовлетвореност.

ВЪВЕДЕНИЕ КЪМ ТРЕНИРАНЕТО В СОЦИАЛНИ УМЕНИЯ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ В РАБОТАТА С ПАЦИЕНТИ СЪС ЗАВИСИМОСТ

Мая Михайлова-Петкова

Хората със зависимост изпитват сериозни затруднения да общуват ефективно с другите, за да удовлетворяват своите емоционални, социални и биологични потребности. Дори когато взимат предписани медикаменти, като метадон или субститол например, голяма част от способността им за общуване остава нарушена. Хората със зависимост към психоактивни вещества имат слаби или ограничени социални умения, а социалните умения са предиктори за успех в комуникацията с околния свят.

Най-общо социалните умения може функционално да се разделят на 2 вида:

- **Инструментални умения** – ориентирани към роли и ситуации, свързани с получаването на материални придобивки като пари, жилище, вещи и услуги.
- **Социално-емоционални умения** – ориентирани към възможностите на личността да се сприятелява, да създава интимни връзки, да получава и дава емоционална подкрепа, да изразява различни чувства, да дава и получава взаимност от приятели и роднини.

Това условно разделение може да улесни професионалистите, организиращи такъв тренинг за зависими в своите програми, да извършват оценяване на дефицитите в социалните умения и създаването на подходящи интерперсонални цели за достигане.

При тренирането в **инструментални умения** - целите са реални резултати, необходими за материалното, финансовото и физическото благополучие. Тук се набляга на задачите и постигането на продуктивни цели. Голяма част от тези умения се прилагат в работата и в сферата на услугите и е необходимо човек да влиза в определени инструментални роли. Дори в семейството, в някои аспекти на взаимоотношенията се налага да се влиза в инструментални роли, свързани с домакинството. Примери за инструментални ситуации са:

- Купуване на стока от магазина;
- Питане за маршрут до определена дестинация;
- Има оплаквания, свързани със странични ефекти на лекарствата и търси облекчаване на симптомите;
- Искане за издигане в длъжност или повишаване на заплатата;
- Даване на информация за професионалния опит по време на интервю за работа;
- Търсене на апартамент под наем;
- Говорене със социален работник относно възможностите и видовете социална помощ, която може да се получи.

Инструменталните ситуации изискват от личността да притежава комуникативни умения с различна степен на сложност, близост, продължителност и честота. В някои ситуации се изисква един кратък въпрос за достигане на целта, докато в други се изисква периодичност на срещи, голяма интензивност на изразяването и дълъг период от време.

При тренирането в **социално-емоционални умения** – целите са постигане на удовлетворяващи човешки взаимоотношения, споделяне на емоции и преживявания с близки хора и взаимодействие с членовете на семейството. Социално-емоционалното взаимоотношение се създава с една единствена цел – реализация в любовта, брака и приятелството.

Примери за социално-емоционални ситуации са:

- питане за чувствата на партньора;
- учене на детето на ред;
- поздравяване на приятел или приятелка с прегръдка или усмивка;
- оплакване на партньора, че се чувства изморен, болен и т.н.;
- отиване на представление с приятел или приятелка;

- питане на съседите кого подкрепят политически;
- обмяна на коментари с познати за заболяване, времето или спорта.

Съществуват интерперсонални ситуации, които изискват комбинация от двата вида умения, тъй като се преплитат целите за постигане – емоционално удовлетворение във взаимоотношенията и постигане на инструментална задача. Например, когато родител хвали детето си за постижение (домашно, спортен резултат).

Преди да започне тренирането в социални умения, е необходимо да бъдат оценени дефицитите в уменията и дали са в сферата на социално-емоционалната ролева област (семейство, приятели) или инструменталната (намиране на работа, планиране на почивката и свободното време). Оценяването на социалните умения може да стане по конкретна схема, която представлява едновременно оценяване и трениране в социални умения:

1. Идентифициране на интер-персонален проблем
2. Пациентът точно определя проблема – да/не – терапевтът определя проблема?
3. Набележете специфични умения за приемане, преработка и изпращане на информация като цели на тренирането.
4. Инсценирайте проблемна ситуация в ролева игра.
5. Оценете уменията на пациента за приемане и преработка на информацията чрез въпроси и отговори.
6. Удовлетворяват ли уменията за приемане и преработка определени критерии? – не – повторете ролевата игра, като използвате моделиране и инструктиране. При да – преминаване към стъпка 7.
7. Оценете уменията за изпращане на информация чрез наблюдение.
8. Отговарят ли уменията за изпращане на информация на критериите за компетентност? – не – повторете ролевата игра, като използвате моделиране и инструктиране. Ако да – дайте позитивна обратна връзка!
9. Генерализират ли се уменията? – при отговор да – отиване към стъпка 1. При отговор – не – повече поведенчески упражнения. Интензивно трениране. Промяна на средата.

Оценяването може да включва: запознаване с медицинска документация, говорене с екипа и персонала, които също имат наблюдение над зависимия пациент, разговор с близките и дефиниране на проблемите в тяхното взаимодействие. Освен това преди започването на тренинга е необходимо да се направи индивидуално интервю с пациента, за да се установят поведенческите дефицити и силните му страни.

Когато се поставят интерперсонални цели за постигане от пациентите със зависимост при тренирането в социални умения, е необходимо те да отговарят на следните критерии:

- Достижими цели и ситуации
- Позитивни и конструктивни форми на поведение
- Конкретни
- Функционални форми на поведение
- Съответстващи на правата и отговорностите на пациента
- Избрани от пациента
- Форми на поведение с висока честота на поява
- Вероятни да се случат в близко бъдеще или случили се неотдавна.

След като е направена оценка и са дефинирани проблемните области, може да се пристъпи към самото трениране на пациентите. Световният опит с пациенти с психични разстройства и хора със зависимости показва, че

тренирането в група и въобще груповата психотерапия показват най-голяма ефективност. Тъй като групите представяват минимизиран модел на социалното ни обкръжение и обществото, те създават сцена за моделиране на социални умения, които да се изпробват в защитена среда. Главната цел е накрая те да бъдат пренесени в реалния живот на хората, възстановяващи се от зависимостта си.

Техниките, които могат да бъдат използвани са: **поведенческо репетиране, поставяне на краткосрочни и дългосрочни цели, трениране „на сухо“** (като в група се използват останалите участници да играят помощни роли за отработването на проблема на конкретен пациент), моделиране на желателно поведение, получаване на позитивна обратна връзка, затвърждаване на уменията и поведенческо пренасяне в реалността.

МОДУЛ (1) – ТРЕНИРАНЕ В КОМУНИКАТИВНИ УМЕНИЯ

Мая Михайлова-Петкова

„За хората няма нищо невъзможно“

Хорацкий

1.1. Въведение

Според информационния модел на социалното общуване, ролите на комуникатор и получател се разменят многократно при общуването лице в лице. Така и двамата общуващи имат възможността да обменят – т.е. да кодират и декодират различни съобщения. Съобщенията включват както вербални (речеве), така и невербални (език на тялото) елементи. Комуникацията представлява процес на обмяна на информация и възприятие посредством общи символи: мисли, чувства, идеи, мнения, говорене с хората, показване, информиране, изучаване реакцията на другия, стремеж за разбиране на околните.

Вербална комуникация (речта) е процес на общуване чрез езика. Средствата за вербална комуникация са думите със закрепените значения, фразите, изреченията.

Невербалната комуникация е значима част от процеса на общуване. Според някои автори, думите съставляват само 7 на сто от акта на комуникацията; интонацията и другите звуци – 38 %, а 55 на сто заема невербалният аспект в общуването. Според други, 65 на сто от разговора се осъществява чрез невербалните компоненти. Езикът на тялото – мимики и жестове, пози, движения, разстояние в пространството, интонация на гласа. Съществуват културални и възрастови, понякога и полово обусловени невербални знаци. Невербалният език е послание на нашето емоционално състояние и ценностно отношение към това, което се извършва, и към това, за което става дума.

Съществува система от невербални кодове, зависещи от конкретната ситуация:

- Пространствени кодове – комуникация чрез лично поле, дистанции, територии и подреждания на участниците в човешките взаимодействия – позиции за сядане около маси, избор на места в аудитория и други.
- Двигателни кодове – комуникация чрез цялостната двигателна активност на човешкото тяло, мимика – изрази на лицето – и пантомима – движения на корпуса на тялото, на ръцете и на краката.
- Пара-езикови кодове („пара“ от старогръцки означава „зад“, или нещо, свързано с естествения човешки език, но не думите) – комуникация чрез интонация, паузи в речта, междуметия, които нямат собствен смисъл извън социалния контекст (като ах, хъм и т.н), смях, плач, въздишки и други.
- Тактилни кодове (тактиленост – допир) – комуникация чрез докосвания, които са различни по обхват и честота и са ориентирани към различни части от тялото.
- Обонятелни кодове – комуникация чрез естествения мирис на човешкото тяло (феромони). Обонятелните кодове са силно обвързани с принадлежността към различните раси и етноси.
- Цивилизационни кодове (наричат се още изкуствени кодове) – комуникация чрез дрехи и накити, чрез козметични средства, имущество и чрез личните принадлежности.

ри: В невербалната комуникация съществуват дистанции и фази в зависимост от ситуациите. Ето някои приме-

- Интимна Близка фаза /плътен контакт/, Далечна фаза /45 см/. Любовна прегръдка, контакт между майка и дете, между родители и деца. Без да има интимност, близостта е очевидна в асансьор, тролей, автобус.
- Личностна Близка фаза /45 - 75 см/, Далечна фаза /75 - 120 см/. Неприкосновено разстояние, при което контактите не са изключени, но се осъществяват трудно. Достатъчна, за да се водят разговори и дискусии.
- Социална Близка фаза /120 - 210 см/, Далечна фаза /210 - 360 см/. За делови разговори при срещи между бизнесмени и клиенти; за служебни разговори между равнопоставени. За формални социални и бизнес контакти; обичайното разстояние между шеф и подчинени.
- Публична Близка фаза /360-750 см/, Далечна фаза /над 750 см/. За събрания, инструктажи и срещи за даване на делови указания – удобна за даване на мениджърски напътствия. За публични изяви по митинги и други големи обществени събирания.

Уменията за вербална комуникация са вид социални умения, които могат да се придобият чрез трениране в група или индивидуално с трениран професионалист – психолог или социален работник. Тези умения най-общо са:

- Активно слушане
- Перифразиране
- Обобщение
- Групиране
- Разделяне
- Емпатия
- Ефективно говорене
- Аз-послание (Ефективна обратна връзка)
- Задаване на въпроси
- Себеразкриване (Автентичност)
- Себеутвърждаване (себеизразяване по асертивен начин)
- Взаимно приемане и подкрепяне
- Конструктивно разрешаване на конфликти
- Умения за постигане на съгласие и коопериране

Уменията за невербална комуникация включват ефективно изразяване на послания, съдържащи емоционално отношение, в интеракциите с другите хора – това са: **интонацията на гласа, позицията на тялото, зрителният контакт, жестикулирането, мимиките на лицето**. Затова е важно пациентите със зависимост (в субституиращи и поддържащи програми – СПП) да бъдат обучавани как най-ефективно да се **себеизразяват и себеутвърждават**, като владеят тези комуникативни канали за въздействие. Така те ще повлияват своята социална среда и ще усвоят социална компетентност и автономност във взаимоотношенията си с най-близкото обкръжение.

Комуникацията с пациенти в клиничната работа със зависими (терапевтични интеракции и интервенции) включва две нива:

- Съдържателно ниво на комуникацията (вербална комуникация) – всички теми на обсъждане, проблемни области в процеса на лечение и възстановяване от зависимостта при консултиране в групи и индивидуално.
- Процесно ниво (невербална комуникация) – всички нива на емоционално взаимодействие и повлияване по посока на промяната – изразени с поведенчески средства, или на по-късен етап, на съдържателно ниво. Много често на това ниво са съпротивите на клиентите – изразени с отсъствия от групи, закъснения, всички жестове, изразяващи отношение към групата или водещия, тон на гласа, употреба на вещества, соматизиране.

1.2. Оценка на комуникативните умения

Оценката на комуникативните умения се базира изцяло на оценката и на останалите социални умения. Нито една социална ситуация и междуличностни отношения не минават без каквато и да било комуникация – вербална и невербална. В такъв случай добрите комуникативни умения, притежавани от лицата, възстановяващи се и лекуващи се от зависимост, могат да бъдат основна цел в тренирането, тъй като те са базисни и гарантират успех в много области от техния живот. Зависимостта от вещества или алкохол, или дисфункционалното израстване на индивида, който след време става зависим към вещества, са нарушили комуникацията на много нива – в семейното обкръжение, в интимния живот, в социалните връзки – свързани с работа и образование, приятелства, свободно време.

Социалните работник или психолози, които ще се заемат в тренирането на пациенти/клиенти със зависимост в комуникативни умения, е необходимо много детайлно да проведат едно оценъчно и поведенческо интервю. След това да преценят дали конкретният пациент е добре да тренира своите комуникативни умения в група или индивидуално. Основна цел на това интервю е детайлно разглеждане на трудностите в комуникацията на пациентите – стила им на изразяване (вербален и невербален – дефицити), трудности в перцепцията и обработката на информацията – има ли изкривяване на информацията и оттам – последващи проблеми в комуникацията. И в кои области най-често срещат затруднения в комуникацията – семейство, приятели, работодатели, институции, персонал на програмата/клиниката. След което би било по-лесно да се направи фокусиран план, съобразен и със заявката на пациентите/клиентите, къде биха искали да изградят или подобрат своите комуникативни умения, за да се чувстват по-успешни в поведението си. Пример за оценка на комуникативните умения:

Ролева област	Оценен дефицит	Формулирана интерперсонална цел
Семейство	Агресивно поведение или отдръпване при сръхзагриженост от родителите.	Да изрази своята потребност от личен живот и автономност по уверен в себе си начин.
Приятели	Няма приятели, социална изолация; няма умения за уговаряне на срещи с приятели, неупотребяващи вещества.	Да се обади на „стар приятел“ от училище и да установи контакт.
Намиране на работа	Не знае как да получи информация за работни места; притеснява се да говори по телефона.	Да пита 3-ма приятели и роднини за работни места; да се обади на фирма и да попита за информация.
Почивка и свободно време	Няма интерес и мотивация да почива активно	Да покани приятел да отидат на кино или боулинг.

Примерни въпроси за интервюто:

- Какъв тип трудности срещате с другите във вашия живот?
- В какви ситуации възникват тези трудности?
- Какво всъщност става? Започнете от самото начало.
- Как се държахте в тази ситуация?
- Как отвърна другият човек?
- Не успяхте ли да постигнете целите си при тази среща?
- С кого възникна проблемът?
- Колко често се случва това?

Много често оценката на комуникативните умения може да става и чрез ролева игра. За целта се използва сътрудник за симулация на реална ситуация в защитена среда. Пациентът се инструктира – „Представете си, че е истина...“

1.3. Подготовка за започване на групата за трениране на комуникативни умения

Както груповата психотерапия се е доказала като ефективна модалност за работа със зависими лица и широк спектър от психологични и психиатрични разстройства, така и тренингите в различни социални умения по-лесно се усвояват в групов формат. Усвояването на умения в група е чудесна модалност, понеже участниците имат възможност да опознаят себе си и своите взаимоотношения с другите, пренасяйки ги от своята собствена реалност навън, вътре в групата (социален микрокосмос на семейството и обществото). Така най-ясно се разпознават дефицитите и силните страни на хората чрез тяхната комуникация. При зависимите индивиди много ясно проличават нарушенията в комуникацията, когато се съберат заедно. За тази цел обаче, е нужна подготовка от страна на водещия/модератора да интегрира участниците. След като предварително е провел интервюта поотделно с участниците, запознал се е с документацията от други специалисти, разговарял е с близките на участниците в етапа на оценката, водещият си прави план за започване, съобразен с терапевтичния план на пациентите/клиентите в програмата. Може да се наложи да работи с някои пациенти/клиенти индивидуално, преди да ги включи в групова работа, с цел мотивиране, че това би било полезно преживяване за тях и ще им помогне да достигнат своите лични цели.

Това, което на първо място е необходимо да се направи в този подготвителен етап, е подsigуряване на защитена среда, сключване на групов договор между участниците и създаване на условия за развитие на кохезия. Сега ще разгледаме поотделно всички тези важни елементи, без които груповата работа по усвояване на комуникативни умения би претърпяла сериозни трудности, а понякога и провал.

1.3.1. Средата

В началото на всяка групова работа, особено на първа среща, много от пациентите/клиентите изпитват различна степен на тревожност. Това не е израз на някаква патология по принцип, а много човешка реакция на непознатото. За да се облекчат тези интензивни чувства, е много важна физическата среда – консултативният кабинет или зала, където ще се провеждат срещите на групата за трениране на комуникативни умения. Препоръчително е средата да внушава спокойствие и релаксация, за да подпомогне пациентите/клиентите със зависимост в обучението им в ефективни умения за комуникация. Важно е да се обърне внимание на осветлението на залата (да се избягва флуорисцентно осветление), чистотата, обзавеждането – мебелите е необходимо, освен да са комфортни, да предполагат достатъчно дистанция между участниците, за да не се чувстват притиснати пространствено. Водещият е необходимо да се погрижи да няма никакви лични вещи в тази зала, за да не разсейва групата по посока на интерес към собствената му личност и личен живот. И като правило, да не отговаря на телефонни обаждания, докато продължава срещата (сесията) на групата.

Добре е да се помни, че кабинетът или залата на водещия на групата показва на пациентите/клиентите как се чувства той, как възприема средата, в която избира да работи и най-вече – отношението към самите тях.

1.3.2. Груповият договор

В интерес на всяка групова работа с хора – било то терапевтична или обучителна – е да има групов договор (групово споразумение), който включва правилата и процедурите, които всеки участник е длъжен да спазва като член на групата.

Макар групата за комуникативни умения да е по-скоро обучителна и поведенческа, отколкото психотерапевтична, все пак е необходимо участниците да приемат 5 основни правила:

1. Да идват навреме за група, съобщения да се правят в началото на групата, например за отсъствие. Не-

обходимо е този участник, който отсъства, да извести груповия водещ предварително, както и да посочи причината за отсъствието си.

2. Да се спазва конфиденциалност (поверителност) на случващото се в групата, понеже без такова доверие и сигурност пациентите/клиентите ще загубят мотивация да усвояват нови начини на комуникация.
3. Изразяването на всякакви чувства – положителни или негативни – е позволено, но само по вербален начин, и въз основа на тях не бива да се действа физически спрямо водещия или другите участници, освен ако не е част от ролева игра или упражнение.
4. Срещите на членовете и извън групата не са препоръчителни, тъй като създават условия за развитие на подгрупи и така се подкрепят тайни, които могат да попречат на процеса на усвояване на по-здравословни механизми на комуникация. Разбира се, ако това стане, е необходимо да се коментира и вътре в групата, за да може да има възможност за интервенции.
5. Сексуалните отношения в групата не са препоръчителни, тъй като интерферират процеса на групата, и ако има такива членове, предприели сексуални действия, е необходимо обсъждането на тяхното оставане в групата. Такъв тип връзки разрушават равенството на участниците в групата и блокират комуникацията и научаването, както на самата двойка, така и на останалите членове.
6. Копие от тези правила и допълнителни – примерно график на групата, продължителност на срещите и на целия тренинг – е необходимо да има всеки участник, като те са подписани във вид на договор. Екземплярът с подписа на пациента/клиента се поставя в неговото досие. Това помага на новодошлите да не забравят какви са правилата в договора, съобразно който се включват в групата.

1.3.3. Кохезия

Кохезията е привличането на елементите един към друг и създаването на връзка между тях. Без това условие е много трудно да се постигнат каквито и да било поведенчески или личностни промени у участниците в груповата работа, т.е. без привличането между членовете на групата цяло, с цел изграждане и подобряване на комуникативните умения, и към водещия, мотивацията за ефективно трениране би липсвала или би била много слаба. Ето защо груповият водещ си поставя за цел изграждането на такива сплотени отношения между членовете, тъй като те са предиктор за успешна промяна. Доказано е (Yalom, 1985), че членовете работят по-усилено, разкриват повече информация за себе си, редовно посещават сесиите, само-изследват се, поемат повече междуличностни рискове и ефективно въвеждат съществени промени в личността си. Кохезията е съществена съставка за оцеляването на групата и за развитието на терапевтичен/обучителен процес.

По-надолу са изредени няколко начина за предизвикване и поддържане на групово кохезия:

1. *Развитие на кохезия чрез разкриване от членовете на групата на техните чувства към проблемите на доверието.* В действителност е важно всички да се чувстват в безопасност, преди да разкрият дефицитите си и проблемите си в комуникацията пред останалите членове.
2. *Ясно определени цели* – те трябва да са подобни или общи на целите на всички участници (примерно подобряване на вербалната или невербалната комуникация), или участниците ще вървят в различни посоки, но това няма да насърчава сплотеността.
3. *Насърчаване на участието на всички членове на групата* – всички членове на групата е необходимо да са активно ангажирани, иначе вероятността да има сплотеност е много малка. Хората, които само мълчат, бягат от инициатива да експериментират в ролевите игри и поведенчески експерименти вътре в групата и не си готвят „домашните“ за свободното време в реалността, или избягват да говорят за съпротивите си, нарушават кохезията драстично и блокират процеса на научаване на ново поведение.
4. *Създаване на подход „тук и сега“ към груповата работа* – при този подход директно се създават отношения един с друг и се тренира комуникацията и колективно се носи отговорност за посоката на развитие на групата.
5. *Ефективно справяне с конфликти* – всеки път, като се събере група от хора, възникват конфликти. Това е

част от груповия процес. Важно е членовете да се научат и да искат да разбират и разрешават конфликтните ситуации. Конфликтите по-често създават бариера пред близостта, но когато се постигнат здравословни разрешения, хората се сплотяват и се чувстват по-близки от преди.

6. *Нивото на привлекателност на групата за отделните членове* – когато участниците са привлечени към преживяванията и към другите членове в групата, е много вероятно кохезията да се подкрепя. Пациентите/клиентите ще очакват с нетърпение сесиите на групата и да прекарат известно време с тези хора.
7. *Честност и откритост по отношение на собствените мисли и чувства* – това е изключително необходимо за кохезията на групата. Ако има много прикрити чувства и мисли в групата, това води до разцепване и много здрави граници срещу промяната, при което експериментирането на нов тип поведение и поемането на рискове в комуникацията и междуличностните отношения няма да съществуват.

Както се вижда, липсата на кохезия няма да дава възможност на групата да се придвижва напред и отделните членове да постигнат своите задачи, за да подобрят комуникацията си. Развитието на кохезия отнема време, но се насърчава от дейността на груповия водещ. Кохезията не може да се налага изкуствено, а се развива чрез взаимодействието на груповите членове един с друг. Ако се насърчава честността в отношенията, шансовете да се развие сплотеност между членовете, позитивно групово преживяване и ефективно усвояване на комуникативни умения ще са много по-големи.

1.4 . Подбор на участници за трениране на комуникативни умения в група

Най-добро научаване на ново поведение (асертивни комуникативни умения) става в малки групи от 10 човека, като дори тогава е по-добре да има ко-водещ, ако програмата може да си го позволи. Водещият преценява колко ще продължи тренингът – 3-4 месеца, и с каква интензивност. За по-добра ефективност е добре да бъде 2 пъти седмично по 1 час и половина. Въз основа на оценката на комуникативните умения и техните нарушения на всеки отделен пациент/клиент, може да се прецени за кого тази тренинг-група би имало най-много полза; разбира се хубаво е пациентите/клиентите да бъдат мотивирани да участват, за да извлекат ценен опит за себе си и да го пренесат в собствения си живот. Хората със зависимост произлизат от изключително дисфункционална семейна среда, където комуникацията е била или пасивна (отбягване, бягство, едностранно подчинение) или агресивна (налагане за сметка на другите, заплахи, засягане на правата, нападателност), или манипулативна (да се действа и постъпва завоалирано и с хитрост да се постигат интересите, предизвикване на чувство за вина). Когато започне да действа една група, този вид комуникация се пресъздава между отделните членове и водещия, тъй като тези генерични модели се трансферират в отношенията и са част от груповата динамика. Ролята на груповия водещ на групата за комуникативни умения е да обучи участниците в асертивна комуникация.

За хората със зависимост усвояването на асертивна комуникация е важно и базисно. Самата зависимост предполага болезнена и деструктивна комуникация и създава такива отношения между участниците – родители-деца, интимен партньор-зависим, между съпрузите, зависими-общество. Употребата на вещества много често предполага някакъв вид асоциално поведение, прерастващо в някои случаи в криминогенно и затвърждаване на комуникация от позицията на някакъв вид „асоциална роля“. Така че тренирането в комуникативни умения би било от полза за зависимите пациенти/клиенти на лечебните и рехабилитационни програми. Има случаи, когато груповият формат на този тип работа не е подходящ за някои типове пациенти – ако има диагностицирано някакво мозъчно нарушение, което се отразява на концентрацията на вниманието, личностни разстройства – като антисоциалното, нарцисичното и граничното личностово разстройство, или психоза в остра фаза с преобладаваща психотична проблематика – налудности, халюцинации; хиперактивност или ниска двигателна активност. Пациенти с криза, ескалираща тревожност и панически пристъпи не са подходящи за групова работа.

Когато пациентите/клиентите взимат някакъв медикамент, както е в лечебните субституиращи програми, е хубаво тренингът да се съгласува с фазата на лечение. Най-добре е да се предложи на пациента такова участие в група, когато се е стабилизирал медикаментозно (метадон или субститол) и е влязъл във фаза на обвързване и рехабилитация, тъй като това ще подобри социалното му функциониране, както в личния живот, така и професионално.

1.5. Групова динамика и „съпротиви“ на участниците

Към груповата динамика принадлежат отношенията в групата, историята на групата, развитието, ръководството на групата (стилът на водещия). Разпознаването на отделните елементи на груповата динамика, тяхното целенасочено използване и потенциал, са задачите на добрия групов водещ (лидер). Към груповата динамика се причислява невербалната комуникация, всички послания между участниците, които стоят неизказани, почувствани, но несподелени и неосъзнати. Водещият на група за комуникативни умения може чрез упражнения и извличане на обратна връзка от групата да „преведе“ тези невербални сигнали, така че участниците да резберат тяхното въздействие, докато правят нещо или говорят за нещо в социални ситуации.

„Съпротивите“ на участниците са част от груповата динамика и същевременно изразяват индивидуалните защитни механизми на пациентите/клиентите към ситуации, изискващи междуличностни отношения. Ето някои поведенчески характеристики на пациенти/клиенти, „саботиращи“ груповия процес на научаване и поведенческа промяна, с които се сблъсква груповият водещ:

Поклонникът

В началото на груповата работа този клиент е радост за водещия. Той сякаш гледа с поглед, изпълнен с обожание и любов. На водещия сякаш се гледа като на блестящ, мъдър, красив и всезнаещ, винаги прав, някой, когото да имитират, като на човек, който върви по водата. За съжаление това обожание е привидно и под него се крие много враждебност. Такъв клиент чака сгоден случай водещият да направи реална или въображаема грешка, за да се конфронтира и безсъзнателната му цел е провалът на груповия лидер. При разкрития като „Вие означавате много за мен, не знам дали пак ще мога да ви се доверя. Сега сте като всеки друг в живота ми!“, очевидно става въпрос за пренос. Този клиент има проблеми с очакванията и с незадоволени потребности от важни за него фигури – бързо преминава от влюбване към детрониране.

Недаващият (Ела при мен)

Този тип клиент е член от групата, който рядко изявява желание за нещо, без първо някой – друг член или водещия – да е „отишъл при него“. Често изглежда срамежлив и страхлив, пасивен и може би е такъв, но много често зад това седи силна потребност от контрол. Като налага все някой друг да го въвлече в нещо, „да отиде при него“, такъв клиент контролира ситуацията. Той може да отговори или не. Този участник с течение на времето силно фрустрира другите в групата. Такива хора трудно разкриват какво мислят и чувстват, освен ако не са подтикнати, подбутнати, насилени.

Колегата (Помощникът)

„Колегата“ е клиент, който често се съгласява с водещия, допълва го, довършвайки думите му. Изглежда като съюзник на водещия, но така избягва сам да осъществи поведенческа и личностна промяна и се дистанцира от междуличностни конфликти.

Като стават неофициални ко-водещи, те трудно се вглеждат в себе си и собствените си проблеми в комуникацията. Тази роля първоначално дава известна власт на този клиент, асоциирайки го с водещия. Другите участници могат да изпитат гняв към него и към водещия, който е позволил такова поведение. Другите го възприемат като „любимец“ на водещия. „Колегата“ всъщност е един доста уплашен човек, чрез тази роля си осигурява сигурност и комфорт в групата. Такива хора никога не поглеждат към себе си, тъй като са прекалено заети да помагат на другите. Тези клиенти изпитват несъзнавана потребност да са специални и често са чувствителни към отхвърляне.

Изкусителят (Хубаво е да си любезен)

Несъзнателната мотивация на този тип клиенти може да бъде и сексуална, но не непременно. Този клиент винаги прави комплименти за всеки в групата. Той действа от позицията – „Винаги трябва да се говори мило“. Първоначално този тип клиент се харесва на всички от групата, защото всички обичат да чуват приятни неща за себе си. Този клиент въздейства на другите да станат пасивни и по този начин да си гарантира, че за него няма да се говори нищо отрицателно. Когато останалите рано или късно се усъмнят в него – че не е истински – „изкусителят“ е озадачен – „как някой може да има отрицателни чувства, като той е толкова любезен и мил“. Зад фасадата си, този клиент крие много негодувание. Това е клиент, който в детството си е получавал много критика и неодобрение, и забрана

за изразяване на отрицателни емоции. Тези хора в действителност раздават тежки присъди на себе си и на другите. Често тези хора напускат групите, когато другите конфронтират реалната и фалшивата им личност.

Желязната пеперуда (Не ме наранявай: аз съм крехък и чувствителен!)

Това е интересен клиент, изглежда сякаш е от друг свят и животът му е наистина прекрасен. Показва огромна чувствителност към всички живи същества. Диалозите с другите преминават с ефирен тон, сякаш този клиент има специална връзка с Космоса. Желязната пеперуда често избягва болката с изявлението "Не е ли прекрасен животът!" На другите участници им омръзва постепенно да общуват с такъв "безпроблемен" човек от друг свят и когато го конфронтират, се сблъскват с един доста слен и враждебен човек. Отричането на реалността изисква голяма сила. Но бавното въвеждане на такъв човек в болезнената реалност може да се окаже за него оздравително.

Убеди ме!

Такъв клиент често е досаден и за водещия и за другите участници в групата. Без значение какво се казва, такъв тип клиент не се доверява въобще на твърденията на другите. В него присъства онзи особен поглед "Не може да бъде! Докажи ми го!". Очевидно този индивид има силна потребност от съревнователност, в съчетание с още по-силна потребност от контрол. Този клиент сякаш все има нужда да е прав. Изглежда в рожденното семейство на такъв тип личност всичко, което е казал, е било или безинтересно, или изопачавано заради комфорта на друг човек и за да внушава чувство на власт, мнението му се е приемало с недоверие.

В последствие "Убеди ме" се е идентифицирал с лицата, създали проблема му.

Има много количество неизразена ярост, която е потисната и предизвиква фрустрация у другите, и в крайна сметка води до ескалираща враждебност. Когато друг член на групата изрази гняв, това изкарва на повърхността яростта на този клиент с пълна сила. Този поведенчески стил има една единствена цел – да се освободи натрупания гняв. "Убеди ме" действа чрез фрустрация на другите и гняв.

Напук

Този клиент е много труден и не иска да му се помага и да се променя. Това е доста фрустриращо за водещия на групата. Още от първия ден на събирането на групата, този клиент прави "напук" на груповия лидер, търси всички негови слабости – чувствителност, несигурност и потребности – те са фокус на неговия интерес. Уязвимостта на водещия е целта да идва на група. Другите членове имат вторична стойност, водещият трябва да бъде разгромен. Този клиент държи пламенни изобличителни речи за водещия и се радва на възхищението на останалите участници. Те също биха искали да са като него, но ги е страх от отхвърляне или от възмездие от страна на водещия. "Напук" е катализатор на емоционалността, както на другите, така и на груповия лидер.

Инсценираният

Този тип клиент може да породи гняв и съмнение у всеки групов водещ. Неговата цел е да разделя и владее. Тази цел може да се постигне в някои от най-важните и ценни моменти в групата и да все радение между отделните членове, водещия и ко-водещия. Той действа индиректно, като така изпуска известна част от гнева си. Позовава се на мненията на други лица и споделя колко е объркан. Това е индиректен контрол и често предизвиква нараняване и гняв у другите.

Заплашващият

"Заплашващият" е директно агресивен, в зависимост от типа споделяне от водещия или други членове на групата. Много често клиентът се спотайва и чака буреносно да изпусне яростта си, която едва се контролира. Често водещият има чувството, че го заплашва насилие. Целта на този клиент е да направи водещия на групата пасивен и да постигне чувство за власт, така че да не му се налага да прави някаква поведенческа промяна.

Добрият клиент

Този клиент прави всичко правилно – идва навреме за групови сесии, сътрудничи, работи върху проблемите, плаща си сметката редовно, не се обажда по 8 пъти на седмица. Изглежда се справя ефективно с гнева си, независимо дали чувството е към друг член на групата или друг клиент му е ядосан. Начинът му на работа в група е почти натраплив. Несъзнателно този клиент има потребност от съвършенство, съпътствана от потребността от силно одобрение. Желанието му е да бъде перфектен и понякога на водещите им убягва това, понеже този клиент сякаш добре се справя с всичко – задачи, взаимодействие. Ако случайно направят грешка, се чувстват провалени като личности.

Получвам ли своя дял?

Този клиент наблюдава ситуациите и събитията и действия от гледна точка на "повече или по-малко". Този човек следи дали някой не получава повече внимание и подкрепа от него. Групата представлява трудна среда за такъв клиент, защото рядко всеки отделен член получава по равен дял от сесията. Но когато получи внимание от водещия, почва да говори за отвлечени неща. Той има трудности да дели с другите и да се гневи на водещия, ако усети, че се обръща повече внимание на друг участник. Много често такъв клиент търси водещия между сесиите, да се доизяснява и да иска допълнително време, за да намали тревожността си, че другите получават повече.

Невземаният (Мълчаливият член)

Не моменти този клиент поражда чувство на провал или успех у водещия. Мълчаливият член може да оказва много силно влияние върху динамиката и кохезията на групата. Ако всички са чувствителни в групата, ще усетят липсата на открити реакции у този клиент. Може да има множество причини този човек да не иска да участва – ниска самооценка, неудовлетворителни предишни преживявания в групов формат. Другите членове се чувстват ошетени, когато някой само ги наблюдава, без да участва и да бъде свидетел на техните себе-разкрития. Може да стане жертвата на групата, ако водещият не му помогне да намери "гласа си".

Конкурентът (Не си прав)

Този член на групата е непрекъснато предизвикателство за водещия. Без значение какво казва водещият, той се опитва да покаже правилното обяснение на другите. Може това да е скрита потребност от одобрението на водещия, но явно поведението му цели да покаже, че той греша. Този клиент се сражава с водещия по най-мил начин – "ако не възразявате, не съм съгласен с вас, грешите според мен", чиято цел е да дискредитира авторитета на водещия. Обикновено мотивацията на този човек е да контролира нещата и всяка авторитетна фигура му изглежда като заплаха. Този клиент отделя много време и енергия да анализира поведението на водещия на групата. Конкурентът запомня неща, казани преди месеци от водещия, за да ги използва после срещу него. Този тип клиент има много неосъзнат гняв срещу авторитетна фигура в живота си и потребност тази фигура да каже "Прав си, аз греша!".

Хленчещият (Защо всичко се случва на мен?)

Този индивид с течение на времето става досаден, както на групата, така и на водещия. Той непрекъснато се оплаква, в началото събужда съчувствието на останалите членове, докато не разберат, че основният интерес е да привлече вниманието им с "защо всичко ужасно се случва на мен". Винаги има аргументи с "Да, но..." на всяка обратна връзка, целяща да помогне. Този клиент е силно концентриран върху себе си и мисли, че светът се върти около него. Неговите проблеми са винаги по-сериозни от на другите, никой не е в състояние да разбере трудностите и тактизмите, през които е преминал и устоял. Понякога в групата разиграва инфантилни сцени с досаден тон и другите реагират с гняв. Хленченето носи вторична печалба – удовлетворение от индиректната манипулация на другите да получава съчувствие. Много често другите се предават пред хленченето и удовлетворяват потребностите и желанията му.

Сухарът (Отсъствие на стимулация)

Този клиент е безинтересен, още с влизането си в залата или кабинета създава среда на липса на всякаква стимулация и скука. На много от водещите им се приспива, другите членове на групата го нарочват за "жертвена овца", за да предизвикат някаква емоционална реакция. Афектите на този тип клиенти са толкова притъпени, че говоренето с тях прилича на "празна стая", лишена от всякаква стимулация. Този клиент е склонен да е емоционално ограничен. Той е напълно наясно, че предизвиква такива реакции у околните. Възможно е в неговото семейство емоционалността да се е смятала за инфантилна или пък да произхожда от семейство с много наситена афективна среда и той просто да се е "изключил".

Много често водещите на тренинги или групи ще се сблъскат с липсата на понятието "идеален" или "добър" пациент. Повечето пациенти всъщност са в дадена програма, защото не се справят с живота си, взимайки вещества, имат увредено здраве и нарушена комуникация и отношения с околните. Описанието по-горе на типовете проблемни клиенти, които най-често се срещат, може да помогне на водещите (психолози или социални работници) по-бързо да се ориентират в ситуацията и да планират интервенциите си така, че да стимулират някаква поведенческа промяна, разбира се използвайки ресурсите на групата и другите участници.

1.6. Възможни фази, през които групата за комуникативни умения може да премине

Животът на една група (обучителна или терапевтична) е аналогичен с жизнения цикъл на човека в компресирана форма. Етапите на психо-социалното развитие, предложени от Ерик Ериксън, са съпоставими с живота и в някои случаи напълно съответстващи на етапите на развитие на групата. В групите се наблюдава двустранен феномен – повторение на етапите на развитието на индивида, от една страна, и жизнен цикъл на развитието на самата група. Доста групови лидери са дискутирали фазите на развитието на групите, още от Ялом (1985) до Рътан и Стоун (1993). По мнение на теоретичите в груповата работа, развитието на групата е линейно, много често етапите не са отчетливи и прогресиращи, а са по-скоро флуидни. Те се придвижват между прогреса и регресията, в зависимост от преживяванията в групата и продължителността на нейното съществуване. Най-общо могат да се диференцират 5 основни фази или етапи:

1. Адаптация, ориентация, формиране, първоначално ангажиране, включване.

Първият етап е характерен със засилена тревожност, както за членовете на групата, така и за груповия водещ. На този етап групата се събира по-скоро с **теоретична цел** за обучение в комуникативни умения. Преди първата среща обикновено всички фантазират за другите членове на групата, но и за себе си в нея.

В началото груповите членове изпитват известна дезориентация. Нормите, правилните процедури и позволеното поведение, структурата са обсъждани в груповия договор и се преповтарят в тази начална фаза. По принцип членовете са незаинтересовани, и трудно разкриват проблеми, по които да работят, споделят само повърхностна, „безопасна“ информация. За да се предпазят от чувство на уязвимост. Преобладава амбивалентността към групата, често се върти въпросът „Какво правя тук с тези хора?“. Повечето участници се изкушават да дават готови съвети, може да е период на напускане за някои членове, които си мислят, че ситуацията не е за тях. Първият етап е добър за наблюдение от груповия водещ на защитните механизми в междуличностното взаимодействие на участниците в груповата ситуация и когато не познават околните.

2. Реактивна фаза, контрол, диференциация, нежелание за участие, преход, конфликт и конфронтация, съпротива.

Това е етап, който създава сътресения на груповия водещ, особено ако е неопитен в груповата работа. Този етап включва въпросите за властта и контрола, както и конфронтацията и конфликта. Груповите участници започват да се чувстват по-удобно, а не както в първия етап – уязвими. Готови са да поемат рискове за сметка на груповия водещ. Чуват се изказвания от сорта: „Мисля си от известно време, че не знаете какво правите като групов водещ!“. Това твърдение може да се каже както с нормален тон, така и да се изкрещи в лицето на водещия, в зависимост от степента на емоционалност на самия участник и на групата. Това е време на „тестване“ на границите и кой човек ще има контрол в групата. Възможно е да има форми на сплашване, формиране на подгрупи, като някои членове се обединяват срещу други или срещу груповия лидер, и групата като цяло. Участниците започват да се конфронтират един с друг и се атакуват заради необходимостта да видят „на кой му стиска“ да остане в групата. Съществува несъзнавана потребност да останат тези участници в групата, които са обвързани с груповия процес и задачата, а другите да отпаднат. Този период прилича на „пубертетната фаза“ на дете, но е много важен за живота на групата и нейните членове. Този бурен период е необходим, защото слага началото на доверието. Това е тест както за груповия лидер – да види от колко контрол се нуждае в живота си и дали ще го преживее като нещо добро за групата, така и за груповите участници. След „проверката на живо“ и създаване на доверие, този етап е предшественик на формирането на връзка в групата. Този период е много неудобен за груповия водещ, поради факта че групата се обединява срещу „общия враг“ – груповия лидер. Много често тази фаза преминава, но ако не стане така и групата си остава конфликтна, това е индикация, че не иска да преминава към връзка, единство и съвместимост. Много често групите от хора със зависимост дълго стоят в тази фаза, тъй като повечето връзки в живота на зависимите са били болезнени и се задействат много силни защити срещу близостта. В този период може да се случат много „сривове“ с употребата на вещества.

3. Съвместност, ангажиране, кохезия, създаване на връзка, привличане, идентификация, семейство.

Третият етап се развива, когато „конфликтите“ на предишната фаза са били разрешени. Груповият лидер

може да бъде гъвкав и от активен водещ да премине към по-пасивна позиция. Груповите членове вече започват да виждат сходствата помежду им, а не само различията, насочват се към задачите – усвояване на необходимите комуникативни умения, за които са се събрали. Участниците имат повече доверие, разкриват повече проблеми, без да се чувстват толкова уязвими. Започват да излизат „истинските личности“ на участниците под фасадата на зависимостта от вещества. Това е период на концентрирано наблюдение на груповия лидер и подкрепа на тези „реални личности“. Много често тук се повтаря характерната роля на участника от неговото рождено семейство.

4. Зрялост, работа, разрешаване, продуктивност, ориентация към задачата, сътрудничество.

Този етап е време на сътрудничество. Отделните членове се интересуват от взаимоотношенията си с останалите, може да се експериментират нови умения за комуникация (чрез множество упражнения и игра на роли, свързани с вербална и невербална комуникация), да си дават обратна връзка, да се разглеждат и отработват проблемните области. Започва да се появява емоционалност по отношение на въпросите, създавали дискомфорт. Групата се фокусира върху теми от настоящето „тук и сега“. Фокусът върху момента дава възможност на пациентите/клиентите да създадат истинска поведенческа промяна, когато са в контакт с истинската си същност. Това е време на по-малка отбранителност, готовност за приемане на обратна връзка от другите и по-голяма откритост. Групата вече има история като едно семейство, има общи спомени, предлага подкрепа и приемане на отделните членове.

5. Прекратяване, сбогуване, завършек, край.

Краят на една група предизвиква засилена емоционалност, пресъздава всичките предишни раздели на пациентите/клиентите в живота им и затова е важно как тази ситуация ще бъде отработена, пак с упражнения. Участниците могат да чувстват силна тъга, поради преживени лични загуби в миналото. От друга страна участниците чувстват постижение с наученото и преживяното в групата, различно от всичко друго в живота им. За някои членове може да се появи чувство на облекчение, заради породилата се близост в групата, която са чувствали като неудобна. Някои пациенти/клиенти искат груповото преживяване да продължи, кроят планове за бъдещи срещи, разменят телефонни номера. Други пък искат просто да оставят нещата да следват своя естествен път и да се разделят с груповото преживяване. Това е труден период и за груповия водещ – ако групата е постигнала своето предназначение и водещият е много емоционално обвързан, процесът е бил натоварен с много позитивни преживявания – груповият лидер също може да чувства тъга, загуба, нежелание за поставяне на край. Ако преживяването не е било положително – водещият също ще изпита чувство на облекчение. Важно е водещият да осъзнава, че тези чувства са свързани с края и да подпомогне групата да се раздели, интегрирайки опыта.

1.7. Роля на груповия водещ или модератор

Груповият водещ в тренирането на комуникативни умения може да има няколко стила на лидерство и комуникация:

- Активен лидер – тип инструктор или треньор
- Модератор – води дискусиите в групата, дава тон, посредничи при обмяната на мнения в комуникацията, намира се относително встрани от групата и има безпристрастна позиция.
- Експерт – аналитик, правещ разбор на процесите в групата
- Коментатор – описва задачите и действията, анализира процеса на “ролевата ситуация”.

Груповият лидер на тренинг в комуникативни умения е необходимо да има гъвкав стил на водене, тъй като е модел за участниците (съзнателен и несъзнателен) за ефективно изразяване в междуличностни ситуации и изграждане на взаимоотношения. Тъй като групите за комуникативни умения в повечето случаи са обучителни, макар за хора със зависимост да имат и терапевтичен ефект към промяна на цялостното им поведение в социални ситуации, е добре груповият водещ да е активен лидер, едновременно с това да влиза в роля на експерт-аналитик и коментатор.

Важно: Груповият водещ на тренинг в комуникативни и социални умения е препоръчително и необходимо да има собствен личен опит в такъв вид група!

1.8. Упражнения и техники за обучение в изграждане на вербални умения за комуникация

Предложените тук упражнения подпомагат водещия на групата в създаването на структура и кохезия, която да подпомага участниците в тяхната комуникация и взаимодействие. Вербалните упражнения са подходящи, в зависимост от типа структура на групата и фазата на развитие на самата група. Ето някои примерни упражнения:

Упражнение 1

Това упражнение е полезно в началните сесии на групата.

Групата се разделя на двойки, след това всеки в двойката трябва да опише себе си на другия за няколко минути. После групата се събира отново в кръг и всеки партньор представя другия чрез личностни характеристики, кратка житейска биография, какво харесва и какво не харесва, какви са стремежите му и т.н. Следващата стъпка е членовете да споделят как са се чувствали, когато са описвали себе си в подробности на друг човек и след това да го чуят да разказва описанието пред групата (Vingradov, Yalom, 1989).

Упражнение 2

Това упражнение подпомага идентифицирането и назоваването на емоции.

Нарича се "Цветни ленти". В него участниците трябва да затворят очите си и да помислят за преживяванията си през деня, да влезнат в контакт с чувствата си в този момент, след това да опишат цветовете, които представляват чувството, материята и дали е голямо/малко, нащърбено/гладко, правоъгълно/кръгло и т.н. От членовете се иска да опишат формата и цвета, които са избрали, и защо са се спрели на тях (Carroll, Bates, Johnson, 1997).

Упражнение 3

Това упражнение е за развитие на умения за даване на обратна връзка, наречено „Вербални изрази“. То може да се изменя, манипулира и използва по множество начини, но основното е, че членовете на групата изразяват чувства и дават обратна връзка на останалите участници. Необходимо е да се ограничи времето за обратна връзка до няколко минути. Упражнението може да се прави по два начина: или някой доброволно изразява готовност да получава обратна връзка, или всеки последователно заема тази позиция и след това дава обратна връзка на всички членове. За лидера е важно да въведе някои правила – например: (1) опитайте се давате както отрицателна, така и положителна обратна връзка, (2) бъдете конкретни в обратната връзка – давайте поведенчески мерки, (3) включете собствените си чувства за другите членове и тяхното поведение.

Упражнение 4

Това упражнение се препоръчва като катализатор за междуличностно въвличане на участниците и за подпомагане на общуването и взаимодействието в групата. Упражнението се нарича „Метафори“. При него всеки член споделя впечатленията си за останалите и асоциира храна, животни, автомобили, метеорологично време, цвят или нещо друго, като обобщава впечатленията си. Човекът, който избира метафората трябва да каже и причината за избора си и да се опита да е позитивен, ако това е възможно. Например: „Ти си като красива змия, изглеждаш опасна и отровна, но всъщност даваш необходимото лекарство“ (Carroll, Bates, Johnson, 1997).

Упражнение 5

Това упражнение улавя нивото на кохезия в групата, наречено „Като член на групата“. То обикновено се използва към края на груповата работа, но е полезно и за начални сесии като помощно средство на груповия лидер да развие чувство за „ние“. От участниците се иска да довършат фразата: „Като член на групата, аз...“. Така участниците

могат да изследват значението на групата за тях самите, тяхното ниво на обвързване и целите им в тренинга за комуникативни умения.

Упражнение 6

Това упражнение засилва себеразкриването от гледна точка на личните ценности и интереси – нарича се „Идеален ден“. Груповият лидер инструктира участниците да планират ден, който е идеален за тях, независимо от времето, парите или свободата, и да напишат на лист основните му характеристики. Членовете описват тези идеални сценарии пред останалите, а надеждата на водещия е, че те ще споделят някои свои лични страни и в същото време ще осъзнаят и признаят различните ценности на другите.

1.9. Упражнения и техники за обучение в изграждане на невербални символни умения за комуникация

Има изследвания, които са показали, че невербалните интервенции в групи са по-ефективни в ангажирането и обвързването на участниците с другите, отколкото вербалните интервенции (Shadish, 1980). Невербалните упражнения в групи са по-продуктивни за подпомагане на самооценките и екстраверсията на участниците (Freidman, Ellenhorn, Snortum, 1976). Ето някои примерни упражнения:

Упражнение 1

Упражнението се нарича „Невербално вземане и даване“. Членовете на групата са инструктирани да станат и да образуват кръг в стаята, след това един човек решава да е фокусът на групата. Той стои в центъра на кръга със затворени очи и членовете на групата се приближават към него и изразяват чувствата си невербално по положителен или отрицателен начин. Обикновено това приема формата на прегръщане, потупване, масажиране, повдигане и т.н., след това човекът от центъра може да сподели за преживяването му: дали докосването е било приятно, неприятно, изненадващо и т.н. Тази част е по избор.

Упражнение 2

Това упражнение, както и следващото, има за цел инициране на дискусии и създаване на доверие и кохезия в групата. Нарича се „Еднометровият квадрат“ и включва начертаването на квадрат на пода, който очевидно е прекалено малък за броя на хората в групата. Задачата е всеки в групата да влезе в него. Това трябва да доведе до идеята за необходимостта групата да работи заедно и да действа като едно цяло, за да постигне целите, които участниците са си поставили в хода на тренинга.

Упражнение 3

Това упражнение се нарича „Сляпа разходка“. Включва разделянето на групата на половина. Едната слага превръзка на очите си или просто ги затваря, а другите изпълняват функцията на партньори и гидове. На двойките се дават по 10 минути, за да изследват сградата отвътре и отвън, ако това е подходящо. След това двойките си сменят ролите. След упражнението се дискутират чувствата, които са възникнали по време на изпълнението – особено за честността, доверието, зависимостта, независимостта и отговорността.

Упражнение 4

Това упражнение може да се използва като симулация за междуличностните конфликти по спонтанен начин. Нарича се „Стани, седни“. Групата се разделя на тройки – на единия от тримата се казва да излезе от стаята, докато другите двама трябва да застанат от двете страни на стола. Единият от тях е инструктиран да накара третия човек да седне, а другият – да го накара да стане от стола. Давамата могат да използват всичко, с изключение на физическа сила, например ласкателства, заповеди, заплашване и умоляване на участника да направи това, което се иска от него. На третия човек се казва, че е типът личност, която иска да угоди на всеки, и затова трябва да се опита да достави удоволствие на останалите двама от тройката. След това тримата се оставят да свършат задачата, докато

третият участник реши ситуацията, като стане себеутвърждаващ се, като се откаже от участие или се справи отрицателно. Начинът, по който третият участник разрешава задачата, се изследва и се свързва с всекидневния живот на човека, като средство за справяне със стреса и значимите други. Тук ще си проличат дефицитите в комуникативните умения и може да се оттренират нови модели за асертивна комуникация (Corey, 1982).

Упражнение 5

Това упражнение се нарича „Бутни стената“. То цели да демонстрира колко много енергия инвестират не малко хора в опити да накарат другите да се променят, което в повечето случаи е безмислена задача. Участниците трябва да поставят двете си ръце на стената и да бутат колкото се може по-силно. Инструктирани са да изговарят имената на хората в своя живот, които са се опитвали да променят най-много, заедно с фрази като: „Моля те, промени се“. Смята се, че упражнението е съпроводено от интензивни емоции и създава усещане за безнадежност, и ще доведе до дискусии в групата и до промяна на онези, които имат проблеми в тази област.

Техниките за трениране в комуникативни умения са: поведенческо репетиране, поставяне на краткосрочни и дългосрочни цели, трениране „на сухо“ (като в група се използват останалите участници да играят помощни роли за отработването на проблема на конкретен пациент), моделиране на желателно поведение, получаване на позитивна обратна връзка, затвърждаване на уменията и поведенческо пренасяне в реалността.

МОДУЛ (2) – МОТИВИРАНЕ НА УЧАСТНИЦИТЕ В ГРУПАТА ЗА СОЦИАЛНИ УМЕНИЯ ЗА ТЪРСЕНЕ НА РАБОТА, ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ОБРАЗОВАНИЕТО ИЛИ ПРЕКВАЛИФИКАЦИЯ

Елка Петкова

*„Има само неправилен път, безизходно положение няма.“
Китайска поговорка*

Както стана ясно в предишния модул, комуникативността е базисно умение, без което междуличностовото взаимодействие би било силно затруднено, или дори невъзможно. Подпомагането на клиентите за ефективна комуникация със света около тях е първа стъпка при тренирането в социални умения. След нея идва ред на конкретизиране на начините на комуникация в различен социален контекст. В този модул ще бъдат разгледани възможностите за трениране на пациентите/клиентите да общуват ефективно с елементи на социалната система като институции, работодатели и други. Начална фаза на това трениране е мотивацията за общуване.

Мотив (фр. motif) - Подбуда, подтик, подбудителна причина, повод за някое действие (*Речник на чуждите думи в българския език*)

2.1. Какво мотивира хората за действие?

Според американския психолог Ейбрахам Маслоу мотивацията започва с осъзнаването на потребностите. Ако те са задоволени, човек съзнателно или несъзнателно избира цел и предприема действия за постигането ѝ. Когато хората изпитват проблеми в задоволяването на своите първични потребности, свързани с необходимостта от оцеляване и издръжка на семейството, те трудно могат да бъдат мотивирани за цели, свързани с по-горните стъпала в йерархията на потребностите.

Йерархия на потребностите според Ейбрахам Маслоу:

Потребност от съвършенство
Потребност от уважение
Социални потребности
Сигурност
Биологични потребности

2.2. Видове мотивация и мотивационен процес

Мотивацията се осъществява по два принципни начина:

- Чрез търсене, намиране, извършване на работа, която задоволява вътрешните потребности на хората или поне ги кара да очакват, че потребностите им ще бъдат задоволени
- Чрез външни въздействия от типа на възнаграждения, похвали, повишения, наказания и др.

В първия случай, при **вътрешната мотивация** става самогенериране на фактори, които карат човек да се държи по определен начин или да се развива в определена посока. Такива фактори са:

- Свобода на действие;
- Възможност да се развиват и прилагат знания, умения, способности;
- Интересна и вълнуваща работа;
- Развитие и реализация на личността.

Във втория случай, при **външната мотивация** се проявяват факторите, които влияят отвън върху индивидуалното трудово поведение. Тук става дума за външни мотиви, представляващи външни стимули.

Самият мотивационен процес, под влиянието на външните и вътрешните фактори, обхваща съвкупността от всички психични процеси, свързани със силата и посоката на поведението, с предизвикването, насочването и поддържането на доброволни, целенасочени действия у човека. Той най-често протича по следната обобщена схема:

1. Разпознаване на незадоволената потребност;
2. Поставяне на цел, чрез която човек вярва /очаква, че ще задоволи тази потребност;
3. Възприемане на насока за действие за постигане на набеязаната цел;
4. Постигане на целта и задоволяване на потребността. Това от своя страна води до възникване на нова или до възпроизвеждане на същата потребност на по-високо ниво и цикълът отново се повтаря.

Мотивационният процес може да бъде измерен/подпомогнат чрез следните инструменти, начинът за прилагането на които е обяснен по-долу в Упражнение 1.

Тест № 1 – Попълни за себе си

1. Разпознаване на незадоволената потребност

Аз

2. Поставяне на цел, чрез която човек вярва/очаква, че ще задоволи тази потребност

Аз

3. Възприемане на насока за действие за постигане на набеязаната цел

Аз

4. Постигане на целта и задоволяване на потребността. Това от своя страна води до възникване на нова или до възпроизвеждане на същата потребност на по-високо ниво и цикълът отново се повтаря

Аз

Тест № 2

Това е един тест, който трябва да попълните. Срещу всяко то 12-те твърдения има три възможни отговора: „Да“, „Отчасти“ или „Не“ Попълнете, отбелязвайки със знак „X“ под отговорите, срещу всяко твърдение, в каква степен то е валидно за вас. Работете, без да се замисляте много над твърденията.

	Да	Отчасти	Не
1. Избрах професионалната си цел по мое лично убеждение.			
2. Приятелите ми намират за добър моя професионален избор.			
3. Твърдо съм убеден, че ще се справя с професионалната си подготовка и ще напредна в професията.			
4. Областите, които ми предстои да овладее и тези, в които работя, са от най-определящ интерес за мене.			
5. Семейството ми ще ме подкрепи по време на професионалната ми подготовка, то е съгласно с моята професия.			
6. Още по-рано обичах да се занимавам с отделни области на моята сегашна дейност.			
7. Радва ме съвместната работа с колегите, обичам да работя заедно с тях.			
8. Обзема ме чувство за несигурност, когато си помисля какво ми предстои.			
9. Редовно се осведомявам от средствата за масова информация по теми от моята сегашна професия, съответно от бъдещата ми професионална дейност.			
10. Дори и при лошо заплащане, бих запазил сегашната си професия.			
11. Обичам да говоря с другите за моята професия.			
12. Ако имах възможност, с удоволствие бих правил нещо друго.			

Общ брой точки:

Отговори на тест № 2:

Ключ:	„Да“	„Отчасти“	„Не“
1. въпрос	2	1	0
2. въпрос	4	2	0
3. въпрос	4	1	0
4. въпрос	6	3	0
5. въпрос	4	2	0
6. въпрос	4	3	0
7. въпрос	2	1	0

8. въпрос	0	1	3
9. въпрос	3	1	0
10. въпрос	3	2	1
11. въпрос	2	1	0
12. въпрос	0	1	3

От 15 до 25 точки – Достатъчно мотивиран

От 30 нагоре – Силно мотивиран

Оценка: Колкото е по-малък броят на точките, толкова е по-ниска Вашата мотивация, особено при резултат под 15 точки спешно се нуждаете от мотивационна инжекция.

Тест № 3 - Опитайте се да изясните личните си проблеми

1. В кои области евентуално бих имал успех?

Причини за това:

.....

.....

.....

2. Кои области /дейности са ми неприятни?

Причини за това:

.....

.....

.....

Личен план за търсене на работа:

1. Поставете си ясни цели

.....

2. Определете по какъв начин ще разберете за успеха

.....

3. Бъдете доволен и от малкия напредък

.....

4. Рисувайте в непознати ситуации

.....

5. Помнете, че собственото си развитие ръководите единствено Вие

.....

6. Личностната Ви промяна може да предизвика безпокойство у другите.

.....

7. Не пропускайте възможности и шансове.

.....

8. Бъдете готов да се учите от другите.

9. Учете се от собствените си грешки и неуспехи.

10. Поставете си реални срокове.

11. Старайте се думите Ви да не се разминават с делата.

12. Изпитвайте удоволствие от своето личностно развитие.

Упражнение 1: Мотивация

Цел: Насърчаване на участниците в групата да изяснят и формулират своите лични нужди и цели.

Методи: Модерационна техника, индивидуална работа с тестове.

Участници: Всички участници в групата.

Времетраене: 2 учебни часа.

Материали: Бланка на тест №1, 2 и 3 и Личен план за търсене на работа.

Начин на изпълнение:

Стъпка 1: Водещият раздава по един екземпляр от тест №1 и дава инструкцията „На този лист всеки от вас трябва да попълни за себе си празните полета. Напишете своите лични цели и виждания. Постарайте се да дадете отговор на всеки от въпросите в теста.”

След представянията водещият може да постави въпроси за дискусия пред групата например:

- Научихте ли нещо ново за себе си? Кое беше то?
- Научихте ли нещо ново за някой друг от групата?
- Има ли общи неща между споделените от вас?

След приключването на дискусията, водещият може да прикани участниците да добавят нещо, което не са успели да кажат досега. Нещо, което им е направило впечатление, което им е харесало, което ги е изненадало и др.

Стъпка 2: Измерване на мотивацията: Водещият раздава по един екземпляр от тест №2 и дава инструкцията към теста. След това оставя участниците в групата да работят самостоятелно за около 10-15 минути. След като всички са готови, им дава ключ за отговорите към теста. Когато обработката на резултатите приключи самостоятелно от всеки един от участниците, водещият може да поктави въпроси за дискусия като:

Стъпка 3: Тест №3

Стъпка 4: Обсъждане и създаване на личен план за търсене на работа.

Когато допълнителните изказвания приключат, водещият благодари на групата за смелостта, че са споделили нещо за себе си пред останалите и с това упражнението се приключва.

Забележки:

- Формулярите от теста остават за участниците. Те съдържат лична информация, която те могат да не пожелаят да споделят
- След всяко представяне е добре водещият да благодари на участника и групата да ръкопляска на представилия се.
- В това упражнение водещия е добре да не участва със себепредставяне.

Упражнение 2: Извеждане на трудности и проблеми при търсене на работа

Цел: Определяне на най-често срещаните трудности и проблеми в процеса на търсене на работа в населеното място, където живеят участниците в групата. Определяне на начините на справяне с тези проблеми.

Методи: Модерационна техника, брейнсторминг.

Участници: Всички участници в групата.

Времетраене: 1 учебен час.

Материали: Флипчарт.

Начин на изпълнение:

Стъпка 1: Участниците са седнали в кръг. Водещият въвежда темата на груповото занятие чрез задаване на въпроса „С какви трудности и проблеми сте се срещали при търсене на работа, в населеното място, където живеете? Кой, според Вас, са най-често срещаните трудности и проблеми?“ и подканва всеки един от участниците да отговори на въпросите. Чрез използване на модерационна техника в хода на груповата дискусия, обобщава отговорите и извежда най-често срещаните трудности и проблеми при търсене на работа, отразени в личния опит на участниците в групата.

Стъпка 2: Водещият предлага на участниците в групата да подредят по важност вече формулираните трудности и проблеми, като на първо място поставят най-често срещания от тях. Той ги записва на лист хартия от флипчарта и приканва участниците да помислят какво може да се направи за преодоляването им и как според тях да стане това, като предложат начини за справяне с всяка една от тези трудности и проблеми, без да се замислят и да преценяват дали това е възможно, дори и да са най-фантастичните на пръв поглед.

Стъпка 3: Водещият записва на флипчарта всеки един от предложените от участниците начини за справяне, без да пропуска нито един от тях, като списък от различни варианти на начини за справяне и разрешение на проблемите. След това той предлага на участниците да оценят всеки един поотделно – какво е нужно за неговото осъществяване и доколко е реалистично да стане това.

След приключване на упражнението, водещият може да постави въпроси за дискусия пред групата, например:

- Научихте ли нещо ново за себе си? Кое беше то?
- Научихте ли нещо ново за някой друг от групата?
- Има ли общи неща между споделените от вас?

След приключването на дискусията, водещият може да прикани участниците да добавят нещо, което не са успели да кажат досега. Нещо, което им е направило впечатление, което им е харесало, което ги е изненадало и др.

2.3. Изграждане на социални умения за общуване с институции и получаване и обработка на информация

Институции – Медицински центрове, болници, Дирекция „Социално подпомагане“, ТЕЛК, ВУЗ, професионални гимназии, центрове за професионална квалификация, Дирекция “Бюро по труда”.

Едни от най-важните документи при контакт с институция в процеса на търсене на работа, продължаване на образованието или преквалификация, са:

- **Мотивационно писмо** – при кандидатстване за работа;
- **Автобиография** – европейски образец.

Подготовката на документите представлява важен етап от него. От добрата култура в това отношение зависи успешното представяне. За целта е необходима съответната подготовка.

Упражнение 1: Работа с информация - попълване на документи за кандидатстване за работа

Цел: Научаване на участниците в групата да обработват и оформят лична информация и данни.

Методи: Групова дискусия, индивидуална работа с бланка за автобиография.

Участници: Всички участници в групата.
Времетраене: 2 учебни часа.
Начин на изпълнение: Виж приложения 1 и 2.

Упражнение 2: Работа с информация - Мотивационно писмо за кандидатстване за работно място

Цел: Научаване на участниците в групата да обработят и оформят лична информация и данни във форма на мотивационно писмо.

Методи: Групова дискусия, индивидуална работа и подготовка на мотивационно писмо.

Участници: Всички участници в групата.

Времетраене: 2 учебни часа.

Начин на изпълнение: Пример за МОТИВАЦИОННО ПИСМО от кандидата за работа до фирма или работодателя:
тел:

I. Въведение

Въведението трябва да е в бизнес тон. От него трябва да става ясно, че с това писмо се кандидатства за работа и какъв тип длъжност желаете да заемате.

1. Обобщете най-силната си и скорошна квалификация и как тя ще допринесе за организацията.
2. Позовете се на име – човек, който Ви познава и Ви е препоръчал за тази работа.
3. Посочете откъде сте разбрали за вакантното място.
4. Задайте въпрос, насочен към проблемите на организацията и отбележете как можете да помогнете в съответната област.
5. Споделете новина – цитирайте нещо, публикувано за организацията.
6. Началото непременно трябва да откроява Вашия интерес, мнение, минал опит.
7. Ако работата го изисква, направете въстъплението творчески раздвижено.

II. Интерес и желание

1. Представете ключовата си квалификация.
2. Свържете своите образование, опит и лични качества с изискванията на длъжността.
3. Свържете аспекти от опита си с конкретното място.
4. Подчертайте образователната си подготовка.
5. Дайте доказателства, че учите бързо, работите усилено, поемате отговорност и се разбирате с хората.
6. Насочете читателя към приложената автобиография.

III. Действие

1. Помолете за интервю в удобно време. Споделете колко ценно е за Вас интервюто.
2. Дайте точни координати за връзка с Вас.
3. Подчертайте отново най-силната си квалификация.

Упражнение 3: Работа с информация – Интервю за работа

Цел: Подготовка на участниците в групата за успешно представяне по време на интервю за работа.

Методи: Групова дискусия, ролева игра.

Участници: Всички участници в групата.

Времетраене: 2 учебни часа.

Начин на изпълнение:

1. Какво представлява интервюто? - Интервюто представлява ситуация на разговор (въпроси, които задава интервюиращият и отговорите, които дава интервюирианият на тези въпроси) под формата на лична среща между двамата участници в него. То включва две нива на комуникация:

- обмяна на информация посредством думите (словесното общуване) между участниците в интервюто и
- общуване лице в лице (невербална комуникация), което от своя страна също е източник на важна инфор-

мация за личността, често пъти подценявана от кандидатите за работа, но всъщност определяща до голяма степен преценката на работодателя относно търсеция работа.

2. Примерни въпроси за провеждане на професионално интервю с кандидат за работа – (въпроси, които може да зададе интервюиращият):

- Кой предмети в училище Ви допадаха най- много? Защо?
- Какви извънкласни занимания имахте? Защо? Смятате ли ги за изгубено време?
- Как избрахте специалността си? Прехвърляхте ли се?
- Имали ли сте трудности в общуването със съученици/състуденти? А с преподаватели?
- Кой курс беше най- тежък? Защо?
- Мислите ли, че оценките трябва да се вземат под внимание от работодателя? Защо?
- Опишете се с три думи.
- Пушите ли?
- Къде сте работили? Защо напуснахте?
- Защо избрахте това поле на работа?
- Какви лични качества са необходими според Вас за тази длъжност?
- Кое от извършеното от Вас показва инициативност и желание за работа?
- Кое според Вас определя напредъка на човек в организацията?
- Сам ли предпочитате да работите или в екип?
- Какъв тип шеф предпочитате?
- Защо мислите, че ще харесате тази работа?
- В голяма или в малка организация предпочитате да работите?
- Какви са недостатъците на избраната от Вас работа?
- Как се отнасяте към извънредната работа?
- Какво мислите за съвременното състояние на нашата сфера?
- Предпочитате ли да работите в определен географски регион? Защо?
- Обичате ли да пътувате?
- Къде се виждате след 3 години? След 5? А след 10?
- Колко пари се надявате да печелите след 3 години? А след 5?

3. Примерни въпроси, които кандидатът за работа може да зададе:

- Какви качества трябва да притежава желаният от Вас кандидат?
- Какви са основните задължения на това работно място?
- Мога ли да се запозная с длъжностната характеристика на този пост?
- Интересуват ли Ви детайли от обучението ми?
- Какво обучение осигурява Вашата организация?
- Има ли възможност за продължаване на образованието ми във от организацията?
- Кои са основните силни и слаби страни на организацията Ви?
- Кои са основните Ви конкуренти?
- Кои са основните Ви пазари?
- Кое прави организацията Ви различна от другите?
- Каква е управленската философия на Вашата организация?
- Защо е вакантно това място?
- Какво стана с последния, който го заемаше?
- Може ли да говоря с някой, който работи същото?
- Кой е първият проблем, с който ще се сблъска назначеният на този пост?
- Разкажете ми за човека, на който ще докладвам пряко.
- Как и кой ще оценява представянето ми?
- Какъв е обхватът на работната заплата за подобно място?

- Какви други компенсации предлагате?
- Как ще ми помогне фирмата да осъществя целите си?

Упражнение 4: Проиграване на интервю за работа

Цел: Подготовка за участие в интервю за търсене на работа, чрез симулиране на реална ситуация в процеса на търсене на работа. Чрез личния опит от преживяване в тази игрова ситуация и обсъждането ѝ в групата, се цели намаляване на тревожността и стреса от представянето на бъдещо реално интервю за работа, опознаване на силните и слабите страни в процеса на комуникация от страна на участниците в групата, усилване на увереността в себе си и подобряване на стила на общуване, с оглед успешното им представяне по време на интервю за работа.

Методи: Ролева игра, групова дискусия.

Участници: Всички участници в групата.

Времетраене: 2 учебни часа.

Начин на изпълнение: Участниците са седнали в кръг. Водещият им предлага да изберат по желание двама от тях, които да изпълнят ролите на участници в интервю за търсене на работа – водещ интервюто (работодател) и интервюиран (търсещ работа кандидат за обявена от работодателя позиция).

Водещият оставя доброволците сами да определят разиграваната от тях ситуация – къде, за каква позиция се кандидатства, като за около 5-10 минути отделно от групата им дава възможност заедно с него да разпределят и обсъдят ролите си. След това се връщат в групата и водещият дава началото на проиграването, като моли участниците от „публиката“ да гледат внимателно, да не прекъсват „изпълнението“ на участниците в него, да не шумят и да не излизат по време на играта. Той обявява, че то ще бъде обсъдено в групата и в случай, че някой не желае да вземе участие, не е длъжен да прави това, но да не пречи на останалите.

След представянето, водещият дава възможност на всеки от „актьорите“ да споделят как са се чувствали в двете роли и моли участниците от „публиката“ да им дадат обратна връзка, без да дават оценки („добър“, „лош“ и др.), да поставят етикети и използват уронващи личното достойнство мнения, присмех и морализаторство, а просто да споделят своите лични впечатления от видяното, като се опитат да отговорят на следните въпроси:

- Как мислите, ще бъде ли одобрен този кандидат за мястото за работа, за което кандидатства?
- Ако да – защо?
- Ако не – защо?
- Научихте ли нещо ново за себе си? Кое беше то?
- Научихте ли нещо ново за някой друг от групата?
- Има ли общи неща между споделените от вас?
- Как наученото може да ви бъде полезно по отношение на Вашия личен план за търсене на работа?

След приключването на дискусията, водещият може да прикани участниците да добавят нещо, което не са успели да кажат досега. Нещо, което им е направило впечатление, което им е харесало, което ги е изненадало и др.

Когато допълнителните изказвания приключат, водещият благодари на групата за смелостта, че са споделили нещо за себе си пред останалите, и с това упражнението се приключва.

Забележки:

- След всяко представяне е добре водещият да благодари на участника и групата да ръкопляска на представилия се.
- В това упражнение водещият е добре да не участва със себепредставяне.

МОДУЛ (3) – СЕМЕЙНА СТРУКТУРА И ГРАНИЦИ НА СЕМЕЙСТВОТО

Красимир Иванов

*„Този, който мисли, че може без другите хора, се мами много,
но онзи, който мисли, че не може да се мине без него, се мами още повече“*
Я. П. Козелски

3.1. Социални взаимоотношения на семейството и тяхното подпомагане

Всички семейства се препъват в едни и същи предизвикателства на семейния живот – да се научат да живеят заедно, да се справят с трудните роднини, да тичат след децата, да се справят с юношеството и така нататък.

Един от проблемите, с които се сблъскват част от семействата, е свързан с употребата и зависимостта от психоактивни вещества. Обикновено реакцията на родителите е силно тревожна, придружена с чувство на обърканост, гняв, чувство на вина и безпомощност. Каквато и да е първата тяхна реакция, тя е необходима и нормална в търсене на изход от проблемите, предизвикани от наркотиците. Обикновено когато някой употребява психоактивни вещества, родителите съсредоточават вниманието си върху него до такава степен, че смисълът на техният живот става „детето“. Това изместване на вниманието и грижите от себе си, брачния партньор, върху зависимия член на семейството, е показател, че проблемът е засегнал цялото семейство. Така зависимостта не е проблем само на този, който употребява наркотици, а обхваща цялото семейство – родители, братя и сестри. Целият семеен живот и функциониране е съсредоточен върху зависимия член и наркотиците.

Такова симптоматично поведение се явява непроизволно, неосъзнавано и не се подава на корекция от страна на зависимия. То оказва силно влияние върху другите хора и може да бъде изгодено не само за него, но и за неговите близки. Носителят на симптома се определя като „идентифициран пациент“.

Ако разгледаме семейството като саморегулираща се система, а симптома като механизъм за регулация, става разбираемо защо в случаите, когато се отстрани симптомът, цялата система загубва стабилността си и е принудена да премине на друго ниво на функциониране. Спецификата на дисфункционалната система е желанието да се съхрани статуквото, поради това тя нерядко неосъзнато се съпротивлява да се промени, старее се да съхрани симптома, без значение, че се е обърнала към специалист за помощ.

Това, което държи хората заедно, е огромната трудност да видят своето собствено участие в проблемите, които ги тормозят. След като са се съсредоточили върху това какво невъзприемчивите „други“ правят, за повечето хора е трудно да видят структурите, които ги свързват заедно. Част от работата на семейния консултант е да ги „разбуди“. Когато съпругът се оплаква, че жена му натяква и консултантът го пита как той самият допринася за това тя да го прави, консултантът предизвиква съпруга да види написаното с тире той-и-тя, което е продукт на техните взаимоотношения.

Проведени са множество изследвания за установяване на ролята на семейството при формиране и лечение на зависимостите. Изследванията показват следните закономерности и модели.

3.1.1. Семейството е система от взаимозависими отношения

Зависимото поведение възниква и се развива в семейната среда. Поведението на родителите и близките е от решаващо значение за прогнозата за развиване на зависимост и особено за успешното лечение (Stanton, M.D, Todd, T. et all, 1982). Отношенията в семейството са динамични и промяната в един член предизвиква ответни реакции в останалите членове към промяна или връщане към предишната хомеостаза.

3.1.2. Модел на семейството със зависим

- Майката има опрощаващо, свръхпротективно, твърде пермисивно поведение към зависимия, когото описва като предпочитаното, доброто, лесното за отглеждане дете в ранното му детство (Stanton, M.D, Todd, T. et all, 1982).

- Бащите на зависимите са най-често авторитарни и дистанцирани или слабохарактерни, или липсващи. Отношенията между баща и син са силно негативни, с непоследователна дисциплина от страна на бащата.
- Братята и сестрите на употребяващите ПАВ е по-вероятно да са в по-добри отношения с бащината фигура.
- Жените със зависимост са в силна конкуренция с майките, а бащите са несъстоятелни, често с повишена сексуална агресивност и вероятността за инцест е по-голяма в сравнение с не-употребяващите.

3.1.3. Семейни програми за лечение на зависимост

Днес програмите за лечение на зависимост включват различни модели и форми на терапевтична работа с родители и близки. Coleman & Davis в обзор на 2012 национални програми намират, че в 93% от тях са включени семейни служби. Един от критериите за ефективност на лечебните програми е наличието на терапевтични дейности със семейството и близките, водени от квалифицирани семейни терапевти.

- 64% от зависимите от хероин имат всекидневен телефонен контакт с поне един от родителите, в сравнение с 51% от употребяващите други ПАВ и само 6% от неупотребяващите (Perzel, J.F. & Lemon, S., 1979).
- 2/3 от мъжете, употребяващи твърди наркотици, под 35 години, живеят с родителска фигура и 85% са поне един път седмично в контакт със същия човек.

Програмите за работа с родители и близки имат за цел да подкрепят семейството в неговите опити да излезе от порочният кръг на зависимостта. Основните насоки на работа са към възвръщане на грижата за себе си на родителите, преодоляване на срама, възстановяване на социалните контакти, възстановяване и подобряване взаимоотношенията на родителската двойка, подкрепа към зависимия член и възстановяване на доверителни отношения. Световната практика показва, че включването на родителите и близките в такива програма многократно повишава вероятността зависимият член да успее да постигне свобода от ПАВ.

Програмите за работа с родители и близки включват групи за взаимопомощ на родителите, групова работа с близките на зависимия – братя и сестри, работа с двойката родители, работа с цялото семейство. Един от подходите, използван при работата със семейства, е структурният подход.

3.2. Структурна семейна терапия

Салвадор Минучин започва кариерата си на семеен терапевт в началото на 60-те години, когато открива два общи модела при разстроените семейства:

- **вкопчени** – хаотични и здраво свързани помежду си;
- **разединени** – изолирани и привидно несвързани.

При двата типа липсват ясните очертания на авторитета. Вкопчените родители са твърде вплетени заедно с децата си, за да упражняват водачество или контрол, разединените родители са се отдалечили твърде много, за да осигурят ефикасна подкрепа и напътствие.

Семейните проблеми са стабилни и устойчиви на промяна, защото са вкоренени в мощни, но невидими структури. Например майка, която напразно спори със силно волево дете, може да се кара, да наказва, да награждава със златни звездички или да опита със снизходителност; но дотогава, докато тя е вкопчена /прекалено свързана с детето/, нейните усилия са безрезультатни, защото ѝ липсва авторитет. Още повече, тъй като поведението на един член на семейството винаги е свързано с това на другите, на майката ще ѝ е трудно да отстъпи, докато нейният съпруг /бащата на детето/ е разединен.

3.2.1. Видове промяна

След като една социална система, като семейството, се структурира, започват опити за част от това, което терапевтите наричат **промени от първи ред** – промяна вътре в системата, като самата тя остава непроменена. За

майката от предходния пример, да започне да налага по-строга дисциплина, би било пример за промяна от първи ред. Вкопчената майка е уловена в илюзията за алтернативи. Тя може да бъде стриктна или снизходителна; резултатът е един и същ, защото тя е хваната в капана на триъгълник. Това, което е нужно, е промяна от втори ред – промяна на самата система.

При работата със семейства и родители на зависим пациент е от особена важност да не се придържаме към обвинително поведение. Родителите обикновено обвиняват себе си или партньора си за това, че детето им е зависимо. Една от основните техниките на *структурната семейна терапия* е терапевтът да се приспособи към семейството, за да се “присъедини” към тях. Да се започне, като се провокира предпочитания модел на връзка в семейството, е начало, което почти гарантирано ще предизвика съпротива. Ако вместо това се започне с опит да се разбере и приеме семейството, по-вероятно е те да приемат лечението. Никой не е склонен да приеме съвет от някого, за когото усеща, че не го разбира наистина. Една от трудностите при работа със семейства е затъването в съдържанието на семейните проблеми, поради неясна схема, която да помогне да се видят моделите на семейната динамика. Структурната терапия предлага ясна схема и осигурява база за организация на стратегиите за лечение. Три са конструкциите, които са основни компоненти на структурната семейна теория: **структура, подсистеми и граници**.

3.2.2. Семейна структура

Семейната структура се изгражда от повтаряемата последователност на семейните взаимодействия. След като веднъж се установят обичайни модели, членовете на семейството използват само малка част от пълния поведенчески диапазон, който им е присъщ. Първия път, когато родителите разберат за употребата на наркотици, не е ясно кой какво ще направи. Дали тежестта ще се сподели? Дали ще започне караница? Дали един човек ще затъне в по-голямата част от работата? Скоро обаче, моделите са установени, ролите разпределени и нещата стават сходни и предсказуеми. “Кой ще направи. . . ?” става “Тя вероятно ще направи. . . .”, а после “Тя винаги прави. . . .”.

Семейната структура се оформя отчасти от универсални, отчасти от идеосинкретични подбуди. Например, всички семейства имат някакъв вид **йерархична структура**, в която родителите и децата имат различна степен на авторитет. Членовете на семействата, също така, обикновено имат реципрочни или взаимно допълващи се функции, които проникват така дълбоко, че корените им са забравени и те се считат за необходими, вместо за избяраеми.



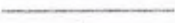
3.2.3. Подсистеми

Семействата са разделени в подсистеми – основани на поколение, пол и функция – които са маркирани от междуличностни граници, невидими бариери, които регулират контактите с другите. Правило, забраняващо телефонните обаждания по време на вечеря, установява граница, която предпазва семейството от вмешателства. Подсистеми, които не са защитени по подходящ начин от граници, ограничават развитието на уменията за изграждане на взаимоотношения. Ако на децата е позволено да прекъсват разговорите на родителите си, границата между поколенията е разрушена и взаимоотношенията на двойката са сведени до родителстване. Ако родителите винаги се намесват, за да разрешават споровете между децата, децата няма да се научат да водят собствените си битки.

3.2.4. Междуличностните граници


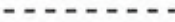

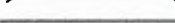
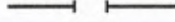



Междуличностните граници варират от строги до размити (Фигура 1). Строгите граници са ограничителни и позволяват само слаби контакти с външни подсистеми, което води до **необвързаност**. Необвързаните подсистеми са независими, но изолирани. Погледнато положително, това подхранва самостоятелността. От друга страна, необвързаността ограничава привързаността и подкрепата. Необвързаните семейства трябва да се окажат под огромен стрес, за да се мобилизират и да си помагат. Преплетените подсистеми предлагат висока степен на подкрепа, но за сметка на способността за независимост. Преплетените родители предлагат на децата си близост, но твърде голямата близост осакатява инициативността на децата.

Фигура 1. Междупличностни граници

		
Строга граница	Ясна граница	Размита граница
Необвързаност	Нормален обхват	Преплитане

Използват се няколко прости символи за схематизиране на структурните проблеми и получените диаграми обикновено насочват какви промени се изискват. Фигура 2 показва някои от символите, използвани, за да схематизират семейната структура.

Фигура 2. Символи на семейната структура

	Строга граница
	Ясна граница
	Размита граница
	Коалиция
	Конфликт
	Заобикаляне
	Свързване
	Прекомерно свързване

Макар и структурата да предполага статично състояние, Минучин (1974) описва също аспекти на развитие на семейната организация. Семейството започва тогава, когато двама души се влюбят и решат да споделят живота си, но се изисква период на трудно настройване, преди те да осъществят прехода от ухажването до функционалното партньорство. Те трябва да свикнат да се нагаждат към нуждите и начините си на взаимодействие. Той свиква с нейното желание да бъде целувана, когато се виждат и разделят. Тя се научава да го оставя сам с вестника и сутрешното кафе. Тези малки договорености, умножени поне по хиляда, могат да се постигнат лесно или след силна борба. Какъвто и да е случаят, този процес на приспособяване свързва трайно двойката в едно цяло.

Подсистемата на съпрузите трябва също да си изгради граница, която да ги отделя от родители, деца и други външни лица. Твърде често съпругът и съпругата се отказват от пространството си за взаимна подкрепа, когато се родят децата. Ако границата около двойката е твърде строга, това може да лиши децата от грижи и внимание, но при нашата фокусирана върху децата култура, границата между родителите и децата е в най-добрия случай двусмислена.

Семействата не биха дошли да поднесат в ръцете ви своите структурни модели, сякаш носят ябълка на учител. Това, което носят, е хаос и объркване. Вие трябва да откриете подтекста – и трябва да сте убеден, че е точен – не наложен, а открит.

Една от причините за възможните трудности в семейното консултиране е, че семействата често се проявяват като съвкупност от индивиди, които си въздействат един на друг по силни, но непредсказуеми начини. Структурният подход предлага рамка, която внася ред и смисъл в тези взаимодействия. Последователните модели на семейното поведение са това, което ни позволява да смятаме, че имат структура, макар и това, разбира се, да е само във функционален смисъл. Емоционалните граници и коалиции, които изграждат семейната структура, са абстракции; все пак, използването на концепцията за семейна структура позволява на консултантите да се намесват по систематизиран и организиран начин. Откритието, че семействата са организирани в подсистеми с граници, които регулират конфликтите помежду им, се оказва един от определящите изводи на работата със семейства. Може би също толкова важно все пак, е въвеждането на техниката изпълнение, при която членовете на семейството се насърчават да се обръщат директно един към друг по време на сеансите, което позволява на терапевта да наблюдава и модифицира

взаимодействията им.

Членовете на семейството имат дълга история и което е по-важно, имат бъдеще заедно. Да се разкриеш пред непознат е по-безопасно, отколкото да откриеш себе си пред член на собственото си семейство. Всъщност, може да бъде причинена сериозна вреда от терапевти, които подтикват членовете на семейството да бъдат "винаги напълно открити и честни" един към друг. Веднъж изплъзнали се, вече не можем да върнем обратно несъзнателните признания, за които е по-добре да останат лични – като отдавна приключила любовна афера или признанието, че дадена жена се интересува повече от кариерата, отколкото от децата си.

Силата на семейната терапия се състои в събирането на мъже и жени, родители и деца заедно, за да променят взаимоотношенията си. Вместо да се изолират индивидите от емоционалния корен на конфликта, проблемите се отправят към източника им. Разглеждането на хората като отделни единици, със семейства, въздействащи върху тях, е съвместимо с начина, по който ние преживяваме себе си. Ние признаваме влиянието на близките ни – особено като задължение и ограничение – но е трудно да видим, че сме вплетени в мрежа от отношения, че сме част от нещо по-голямо от самите нас.

Относително малка част от системната енергия, веднъж разбрана, внася яснота в тези предизвикателства и дава възможност на семействата да преминават успешно през предвидимите дилеми на живота.

Семейните терапевти от друга страна смятат, че доминиращите сили в нашия живот са разположени външно спрямо семейството. Терапия, базирана на тази рамка, е насочена към промяна на структурата на семейството. Когато се трансформира организацията на семейството, животът на всеки от неговите членове закономерно също се променя.

МОДУЛ (4) – СЕКСУАЛНОСТ И ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

Елмира Нешева

"Разумът и страстта са рулят и платната на душата ви."
Халил Джубран

4.1. Сексуална ориентация

Сексуална ориентация – устойчива, анатомо-физиологична, емоционална, романтична, сексуална и любовна привързаност към друг човек.

Сексуалната ориентация се отличава от другите съставляващи човека сексуалности, като: биологичен пол, джендърна идентичност (психологичното усещане на собствената личност като мъж или жена) и социална джендърна роля (степен на съответствие на нормите на културата, предписващи определено мъжко или женско поведение). Сексологичната наука прави една много важна разлика, която често се пренебрегва, между сексуална ориентация и сексуално поведение, а именно: ориентацията има отношение към чувствата и самосъзнанието, а поведението се явява действие, в което могат да се изразят или не тези чувства. Освен това, сексуалното поведение може да произтича от причини, които са различни от причините, обособяващи сексуалната ориентация.

С помощта на дихотомични категории, като хетеросексуалност и хомосексуалност, е невъзможно адекватно да се отразят сложните реалности на сексуалната ориентация и човешката сексуалност като цяло.

Може да се направи известен паралел между развитието на концептуализацията на сексуалната ориентация и изменението на възгледите ни за мъжествеността и женствеността. От концептуална гледна точка, сексуалната ориентация (хетеросексуална/хомосексуална/бисексуална), джендърната роля (мъжка/женска) и джендърната идентичност (осъзнаването от страна на индивида на своята принадлежност към мъжкия или женския пол) са различни понятия, въпреки че в действителност някои техни аспекти може да съвпадат.

В миналото, маскулинността и фемининността са се разглеждали като дискретни, дихотомични категории

и са се отъждествявали съответно с мъжествеността и женствеността. Ако поведението на индивида не съответства на очакванията, свързани с неговия (нейния) пол, то него (нея) са считали за аномални.

В съвременните психологически модели на психологическата маскулинност и фемининност, тези качества често се преценяват от гледна точка на наличието на инструментални, опосредствени (ориентация към задача, самостимулиране) и експресивни, обществени (емоционалност, ориентация към другите) черти.

След като са направили крачка напред с разбирането, че на човек от всеки пол могат да бъдат присъщи както маскулинността, така и фемининността, учените и теоретичите се опитват да определят различните компоненти на маскулинността и фемининността и да разработят съответстващи единици за тяхната оценка. Съществуват множество показатели, по които може да се оцени всяка от тези характеристики – например физически, поведенчески, когнитивни, личностни и социални показатели, компоненти на всеки от които са различни допълнителни фактори. (Всъщност, някои изследователи вече избягват термините „маскулинност“ и „фемининност“, които им се струват твърде общи и заблуждаващи и предпочитат да използват специфични термини като „инструменталност“ и „експресивност“, които по-точно характеризират оценяваните показатели).

Някои учени говорят за културна и контекстуална зависимост на самите определения за маскулинност и фемининност и за проблемите на съгласуваност на половите роли. Други изследват относителното влияние на биологическите и социо-културни фактори върху формирането и експресията на маскулинните и фемининните черти; за съжаление, при това те често встъпват в спор на тема „природа или възпитание“.

Много от тези теоретически и емпирически проблеми имат тясна връзка със сексуалната ориентация. До появата на новаторския труд на д-р Алфред Кинси „хомосексуалността“ и „хетеросексуалността“ са били разглеждани като дихотомически категории; това означава, че човек е бил считан или за хетеросексуален или за хомосексуален. Някои са допускали съществуването на трета категория – бисексуалност, но други са считали, че бисексуалът е замаскирал се хомосексуал (опитващ се да се представи хетеросексуал) или експериментиращ хетеросексуал.

Рис. 1. Дихотомически психоаналитичен модел на сексуалната ориентация



И днес, много професионалисти в областта на психологията продължават да се придържат към категоричните възгледи върху сексуалната ориентация.

Важна роля за по-пълноценното разбиране на сексуалната ориентация има Алфред Чарлс Кинси. Той е американски биолог, професор по ентомология и зоология, изследовател на сексуалността, който през 1947 г. основава Институт за изследване на секса, пола и репродуктивността.

Изследванията на Кинси върху сексуалността повлияват дълбоко на обществените и културни ценности в САЩ и много други страни през 60-те с настъпването на сексуалната революция.

Кинси подлага на съмнение обосноваването на дихотомичната класификация и събирайки емпирични материали за основите на сексуалното поведение на човека, открива, че хомосексуалното поведение се среща твърде често и че извършването на хомосексуални актове все още не означава, че човекът непременно е „хомосексуален“. Независимо от сексуалното самоетикетиране (тоест, как човек сам се нарича), поведенческата бисексуалност при мъжете и жените не е била рядко срещана още преди 40 или 50 години.

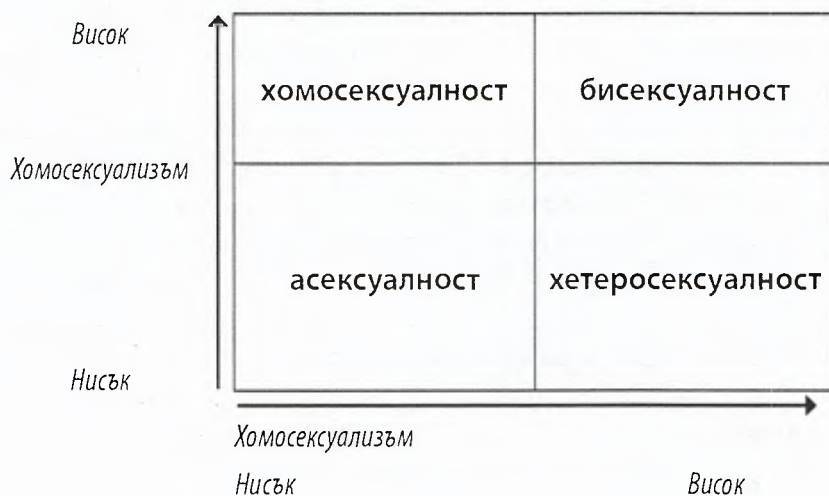
Кинси и колегите му съобщават също, че в течение на живота на човека основата на неговото сексуално поведение може да се изменя и дори понякога се изменя твърде рязко. Създава се впечатление, че съществува континуум на сексуалността (Кинси ползвал шестобална скала), на единия полюс на който се намира изключителната хетеросексуалност, а на другия – изключителната хомосексуалност.

хетеросексуалност			хомосексуалност		
1	2	3	4	5	6

Едномерен биполярен модел на сексуалната ориентация (Кинси 1948, 1953)

През последните 40 години скалата на Кинси и различните ѝ модификации се използват широко в сексоложките изследвания.

Скалата на Кинси е била подложена на също такава критика, както и едномерния биполярен модел на маскулинността/фемининността. Тази скала подразбира наличието на обратна зависимост между хомосексуалността и хетеросексуалността – тоест колкото по-хомосексуален е даден човек, толкова той трябва да е по-малко хетеросексуален. Паралелната разработка на ортогоналните модели на „маскулинността“ (инструменталността) и „фемининността“ (експресивността) (Bern, 1974; Spence & Helmreich, 1978; Storms, 1978, 1980) води до изграждането на хипотезата, че хомоеротизмът и хетероеротизмът са ортогонални, независими континууми.



Двумерен ортогонален модел на сексуалната ориентация (Стормс 1978, 1980)

Според този модел, бисексуалните имат високо ниво както на хомоеротизма, така и хетероеротизма, хетеросексуалните имат високо ниво на хетероеротизма и ниско ниво на хомоеротизма, хомосексуалните са с ниско ниво на хетероеротизма и високо ниво на хомоеротизма, а индивидите с ниски нива и на двата показателя ще са асексуални. До сега ортогоналният модел на сексуалната ориентация, разработен от Стормс, се е използвал в сексоложките изследвания не толкова широко, както различните модификации на скалата на Кинси.

На практика, повечето от изследователите, модифицирали скалата на Кинси, са използвали биполярните оценки на хетеросексуалността /хомосексуалността по много показатели, явяващи се компоненти на сексуалната ориентация, тъй като са считали, че само една скала е недостатъчна за нейната оценка.

В частност, може да се направят независими оценки на сексуалното поведение, сексуалните фантазии, да се изясни в кого се влюбва даден човек, представители на кой пол са „по-привлекателни“ за него и така нататък. Всеки от тези показатели също може да бъде оценяван по няколко показателя. Например, като се говори за сексуално поведение, може да се оценят следните показатели: 1) количество партньори от всеки пол, 2) честота на сексуалната активност с партньорите от всеки пол или 3) честота на оргазмите с партньорите от всеки пол.

Фактът, че основата на сексуалното поведение и сексуалното самоетикетиране на индивида могат рязко, а понякога и нееднократно, да се изменят с течение на времето (например, от хетеросексуалност към хомосексуалност, а след това пак към хетеросексуалност), поставя съмнения в правилността на гледната точка, според която сексуалната ориентация се фиксира или определя в началото на живота, а след това остава постоянна.

Възможността за изменение на сексуалната ориентация не означава, че човек може съзнателно да контролира сексуалната си ориентация или да я избира.

Аналогично на определянето на строежа на маскулинността/фемининността, самото определение за хомосексуалност/хетеросексуалност и тяхното изразяване зависят от културните и контекстуални фактори. Както отбелязва д-р Босвел (Boswell), в даден културен, исторически и религиозен контекст, хомосексуалността може да бъде или „маркирана“ (тоест да има етикета на нещо необичайно), или „немаркирана“.

Друго важно понятие е джендър идентичността. Джендър идентичността и сексуалната ориентация са различни неща. Всеки индивид има биологичен пол, джендър идентичност и сексуална ориентация. Всички те могат да се променят. Но да си трансджендър, не означава да си гей, както и да си гей, не означава да си трансджендър. Има частично прекриване, тъй като различните джендър варианти често са представени в гей контекст: мускулизираните жени и феминизираните мъже са представяни като хомосексуални; „анти-хомосексуалната“ дискриминация и насилие много често засягат джендър представянето, а не сексуалността.

Традиционен бинарен джендър модел:

Биологичен пол <i>Хормони, полови органи, вторични полови белези</i>	Мъж ↓	Жена ↓
Джендър представяне <i>Дрехи, поза, роли, идентичност</i>	Мускулинизация ↓	Феминизация ↓
Сексуална ориентация	Привлечен от жени	Привлечена от мъже

Револуционен джендър модел:

Биологичен пол <i>Хормони, полови органи, вторични полови белези</i>	Мъж ← Интерсексуален → Жена
Джендър представяне <i>Дрехи, поза, роли, идентичност</i>	Мускулинизация ← Андрогин → Феминизация
Сексуална ориентация <i>Привлечен от:</i>	жени ← мъже и двата пола → никой → друго

4.2 Особенности при предоставянето на здравни услуги, съобразени със сексуалната ориентация на клиентите

Трудности:

- Опит с хомосексуални и трансджендър хора, но липса на информация за популацията, терминологията и различията.
- Желание за работа с хомосексуални и трансджендър клиенти, но притеснение и липса на специфичен инструментариум за провеждане на интервюта.
- Притеснение и фрустрация от липсата на информация, изследвания и проучвания.
- Притеснение и фрустрация от липсата на ръководства за лечение и специалисти, запознати с проблемите на хомосексуалната и трансджендър общността.
- Недостатъчното време за преодоляване на бариерите и изграждане на доверие с клиентите са причина за ниското ниво на предлаганите услуги.

Четири стъпки за предоставяне на здравни услуги:

1. Разбиране на разликата между джендър идентичност и сексуална ориентация и определяне на специфичните нужди на дадения клиент.
2. Осъзнаване, че достъпът до лечение е пряко свързан с негативния опит на клиента с други служби и ролята на службите за подобряването на здравословното състояние на хомосексуалните и трансджендър хората.
3. Да се направят агенциите и службите по-толерантни към хомосексуалните и трансджендър хората.
4. Установяване на степента на джендър представяне и желание за хирургична или хормонална интервенция.

Трудности при лечението и полагането на грижи:

- Службите не са запознати с основни термини и се чувстват некомфортно да работят с хомосексуални и трансджендър хора;
- Липса на изследвания и информация;
- Темата все още се приема с ирония от други специалисти;
- Няма достатъчно хора, които да работят в областта;
- Продължителен негативен опит със служби, осигуряващи здравни услуги;
- Медицинизиране и патологизиране – осъждане, подигравателно и обидно отношение;
- Работещите и агенциите имат недостиг на информация и време.

Основни напътствия към специалистите:

- Не поставяйте етикети без да знаете какво означават.
- Обучете целия си екип.
- Направете формулярите по-приемливи за трансджендър хората, т.е. добавете “избрано име”, не само име по паспорт; включете повече описания, а не само мъжки и женски пол.
- Уважавайте поверителността на информацията.
- Уважавайте представената ви джендър идентичност.
- Борете се с трансфобията – сред персонала и в общността.
- Направете унисекс тоалетни.

Дискриминацията е лошо отношение към някого, поради:

- Расов или етнически произход
- Възраст
- Увреждане
- Религия или други вярвания
- Сексуална ориентация.

-
- Отношението, което се счита за дискриминация на работното място например, може да включва:
- Несправедлив отказ за назначаване на работа;
 - Несправедлив отказ на повишение или на преместване на друга работа;
 - Тормос – заплашване на човек, чрез изразяване на враждебност или унизително и оскърбително отношение, само защото изглежда различен. Не е задължително тормосът да е демонстративен. Постоянните унизителни подигравки или клюки за някого също могат да уронят достойнството му;
 - Преследване – лошо или различно отношение към някого, защото е подал оплакване за дискриминация или подкрепя колега, който е направил такова оплакване.

Открита дискриминация:

- Определени задачи се поставят на конкретни етнически групи, но не и на останалите.
- Хората с увреждания биват отхвърлени автоматично, без да се направи опит за приспособяване на работната среда към техните потребности.
- Всеки, който е „различен“ (например поради религията или социалната си ориентация) е лишен от правата си и дори от работа на първо място. Някои правила или начини за извършване на дейности служат за изключване от участие на конкретни групи от хора.
- Налагат се стереотипи за определени групи от хора. Създават се очаквания, че те ще работят зле. Подобна атмосфера може да повлияе отрицателно върху възможностите им за работа.

Скрита дискриминация:

- Разпространяване на неверни слухове, които целят дискредитирането на друг служител.
- Унижаващи или обидни забележки за колеги на работното място.
- Сексуални намеци за колега или колежка в негово или нейно присъствие.
- Разказване на вицове за конкретни групи хора – например религиозни групи, хомосексуалисти и лесбийки или определена етническа група.
- Злоупотреба с физическа сила – шамари, удари и т.н. – или заплахи за насилие.
- Създаване на неприятности на тези, които се оплакват от отношението към себе си или подкрепят жертвата на дискриминация.

Договорът от Амстердам, подписан през 1997 г., позволи на ЕС да постави извън закона всяка дискриминация, основаваща се на сексуалната ориентация на дадено лице. На базата на този договор, Европейската Комисия прие директива, забраняваща този тип дискриминация на работното място.

4.3 Примерни техники за работа в група с хомосексуални и трансгендър хора

При работа с хомосексуални и трансгендър хора, социалният работник трябва да има предвид, че най-често един от желаните резултати за тези клиенти е постигане на по-добро себевъзприемане, постигане на позитивна самооценка и образ за себе си.

Постигането на положително приемане на себе си е свързано както с вътрешното усещане за ценност, така и с външната положителна обратна връзка.

Особеност при работата с тези клиенти е, че лошото самочувствие при тях често е причина за висока тревожност, депресивност, проблеми в междуличностните отношения и сексуални дисфункции. Често те изпитват чувства като вина, срам, потиснатост, които скриват зад защитен фалшив аз. Затова с тях трябва да се работи за придобиване на увереност за изграждане на добро самочувствие и здравословна идентичност.

Упражнение 1 – Образи на чуждостта

Техника, подходяща за работа в група, в която има хомосексуални и/или трансджендър хора:

Тема: Осъзнаване и рефлектиране на чуждостта.

Участници: Броят на участниците е неограничен.

Начин на провеждане:

На участниците се предоставят снимки (от вестници, списания и др.) с изображения на отделни хора или групи от хора, като водещият предварително е подбрал сред тези снимки да има изображения на хомосексуални, бисексуални и джендър хора. По самите снимки **не бива да има надписи, както и не бива това да са снимки на известни личности.**

Всеки участник избира две снимки, едната трябва да е предизвикала у него спонтанно чувство на чуждост и неразбиране, а другата – усещане за нещо познато и близко. В зависимост от броя на участниците, упражнението може да се направи и по групи.

Всеки участник/група трябва да опише усещанията, които са предизвикали у него фотосите, като се опита да осъзнае кое е предизвикало у него това усещане.

Целта на упражнението е да се изследват нагласите на групата към традиционните възгледи, свързани с хомосексуалността и джендър идентификацията, както и да се дискутират проблемите на тези хора.

Упражнение 2 – Кой е това

Тема: Обичайност на стереотипите.

Участници: Участниците трябва да се разделят на групи от по 4-5 човека всяка.

Начин на провеждане: Водещият раздава на всяка група снимка на човек, на която се вижда само лицето в голям формат и колкото се може по-малко от облеклото и фона на снимката. Снимките **не трябва да са на известни личности.**

Групата трябва да разгледа снимката и да отговори на следните въпроси, отнасящи се до биографията на човека на изображението:

- Име и възраст
- Пол
- Професия
- Сексуална ориентация
- Семейно положение
- Местоживеене
- Интереси и хоби
- Финансово положение.

Всяка група представя биографията на "своя" човек. След това всички участници обсъждат изпълнението на задачата.

- Трудно ли беше упражнението.
- Как успяхте да съотнесете образа с биографията, от какво се ръководехте.
- Какъв е източникът на образите, които се свързват с този човек.
- Какво доведе до оценяването на този човек по този начин.

Съществуващата в обществото хомофобия и дискриминацията към хомосексуалните и джендър хората, кара представителите на тези групи да преценяват всяка ситуация и всеки човек, преди да свалят защитите си и допринасят за изграждане на свръхчувствителност към ролята им в общуването с останалите. Ето защо е подходящо изпълнението на следното упражнение.

Упражнение 3 – Кой съм аз

Тема: Значението на очакванията за комуникацията.

Участници: Нограничен брой.

Начин на провеждане:

На гърба на всеки участник се залепва листче с характеристика, като: „хомофоб“, „хомосексуален“, „бисексуален“, „хетеросексуален“, „трансдженър“ и др. По този начин всеки участник получава роля, която е известна на всички останали, освен на него самия.

Задачата е, участниците да се движат из стаята и да разговарят с другите, като при тези разговори, всеки трябва да се съобразява с надписа на гърба на събеседника си. Участниците могат да изберат с кого да излязат на кино, на кафе и т.н. След това всеки трябва да открие какво пише на гърба му. След приключване на упражнението се дискутира как се е почувствал всеки от участниците в хода на изпълнение на упражнението, рефлектира се върху различните роли и значението им за начина на общуване.

Упражнение 4 – Социални портрети

Описание:

Участниците се разделят на малки групи, като всяка група получава описанието на един социален тип, състоящо се от няколко качества. Във всяко описание се включват една или две „погрешни“ характеристики.

Всяка група представя „своя“ човек и обсъжда „вярността“ или „неверността“ на отделните характеристики и контекста, в който се взема решението дали са „верни“ или „неверни“. Основният въпрос, на който трябва да се отговори е „Защо е възможно да се правят такива списъци и доколко стереотипите влияят върху отношението ни към човека?“

МОДУЛ (5) – ХИГИЕНА НА ТЯЛОТО – РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА ЗДРАВЕТО. ИЗГРАЖДАНЕ ИЛИ ПОДСИЛВАНЕ НА СОЦИАЛНИ УМЕНИЯ ЗА ПОЛАГАНЕ НА ГРИЖИ ЗА ФИЗИЧЕСКОТО ЗДРАВЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ В СПП

Елмира Нешева

*“Този, който не цени живота, не го заслужава.”
Леонардо да Винчи*

5.1. Хигиена на тялото – рискови фактори за здравето

Терминът хигиена на тялото означава взаимодействието, което се извършва в системата „човек — жизнена среда“ с оглед правилното развитие, запазването, укрепването и подобряването на здравето и работоспособността на човека и осигуряването на активно дълголетие.

Риск за здравето е дадено събитие, условие или характеристика на индивида или на окръжаващата среда, което има статистически обоснована връзка с определен изход, който може да бъде изразен в различно здравно явление – инцидент, заболяване, трайна неработоспособност или смърт.

Характеристики на рисковото здравно явление:

- да бъде доказана неговата връзка с вероятността от възникването на определения изход, т.е. да предшества събитието, състоянието или характеристиката на индивида;
- да има биологично обяснение;
- връзката между състоянието и риска да бъде устойчива, повторяема при еднакви условия;
- след коригирането на риска, промените в изхода да са трайни;
- връзката между риска и явлението трябва да бъде еднопосочна, корелационна и самостоятелна; ако се установи втори признак, при отчитането на който първата връзка изчезва, то първият признак не трябва да

се определя като рисков, макар и да остава негов индикатор;

- позволява разделянето на хората в няколко групи, в зависимост от степента на индивидуалния риск;
- позволява разделянето на здравните явления в различни категории според риска;
- позволява индивидите, попаднали в групи с висок риск, да бъдат подлагани на специфични медицински и здравни мероприятия;
- мотивира индивидите да се придържат към определени норми на поведение с цел намаляване на риска.



Рисковите фактори основно биват:

- **Ендогенни** – това са фактори, които са формирани в самия организъм и са израз на неговата биология. Тези фактори могат да бъдат означавани като *наследени* (генетични, биологични и придобити).
- **Екзогенни** – фактори на околната среда – природни (механични, химически, физически) и социални (обществено битови и професионално трудови).
- **Поведенчески** – свързани с начина на живот – хранене, вредни навици, стрес, редуване на труд и почивка и т.н.

От своя страна **ендогенните** фактори могат да бъдат:

Генетични ендогенни фактори:

- хромозомни аномалии – напр. синдром на Даун;
- нарушения в един ген – напр. таласемия;
- мултифакторни нарушения – напр. spina bifida;
- придобити нарушения – карцином, захарен диабет, глаукома, психични разстройства и др.

Екзогенните фактори са:

- фактори на околната среда;
- фактори на социално-икономическата среда.

Поведенчески рискови фактори:

- **хранене** – режим и вид на хранене.

Човешкото тяло се състои приблизително от 62% вода, 17% белтъчини, 13% мазнини, 6% минерали и 2% въглехидрати, като е доказано, че този състав може да се променя при стрес и при промяна на хранителния режим. Най-важните хранителни групи са водно- и мастно-разтворимите макроелементи (въглехидрати, мазнини и белтъчини), микроелементите (минерали и витамини) и водата. Макроелементите са източник на енергия, докато микроелементите са необходими за усвояването на тази енергия.

Основните нарушения при прекомерно хранене могат да бъдат: затлъстяване, диабет, сърдечно-съдови заболявания, злокачествени заболявания на устна кухина, фаринкса, ларинкса, стомашно-чревния тракт, черния дроб, панкреаса и др.

Обездвижване – ниво на физическа активност.

Физическата активност е „активно движение на тялото, осъществявано чрез мускулна сила, прилагана над средните ежедневни усилия и изразходване на енергия, която е над средните нива за извършване на ежедневните дейности на индивида.“

Тази физическа активност се изразява със степента, с която изразходваната енергия надвишава базовите нива на естествения метаболизъм.

Ниската физическа активност води до: затлъстяване; обездвижване; соматични оплаквания, свързани с костно-мускулната система; психосоциални проблеми.

Последствия за човешкия организъм, до които води недостатъчната физическа активност:

- намаляване притока на кръв към сърцето, мозъка и бъбреците;
- намаляване на продукцията на червени кръвни клетки и имунни тела;
- намаляване на концентрацията на хемоглобина в кръвта;
- намаляване на анаеробния капацитет;
- намаляване на глюкозния толеранс;
- намаляване на резистентността към инфекции и т.н.

Соматичните и психосоциалните прояви са оплаквания от главоболие, тревожност, повишено телло, повишено артериално налягане, по-чести инфекции, по-лесна уморяемост, загуба на интерес към работата и ежедневните дейности, раздразнителност и т.н.

Други поведенчески рискови фактори :

- психотравматични преживявания, свързани **със стреса**;
- **вредните навици** – тютюнопушене, употребата на алкохол и лекарствени средства.

Рискове, до които води тютюнопушенето:

- рак на белите дробове (около 20% от смъртността);
- заболявания на дихателната система (около 80% от смъртността при хроничната обструктивна болест, астма, бронхит, пневмония);
- сърдечно-съдови заболявания – около 20% от смъртността;
- атеросклероза.

Вредни последици от консумацията на алкохол :

- **соматични увреждания**, засягащи редица органи и системи – цироза на черния дроб, панкреатити, рак на устната кухина, фаринкса, хранопровода, на стомаха и дебелото черво, мозъчен инсулт и т.н.;
- **психологични** – привикване, тежки алкохолни опиянения, промяна на съзнанието, характеропатии и т.н.;
- **социални** – насилие, престъпления, самоубийства и прочие.

5.2. Особенности в здравния статус на пациентите, включени за лечение в метадонови поддържащи програми (МПП):

Metadon Alkaloid (метадон) е синтетичен, с дълго действие агонист на мю-рецепторите. Фармакологичният му профил го прави полезен и най-често използван медикамент при заместителна терапия на зависимост към опиоиди.

Метадонът е опиев агонист и както и при другите опиев агонисти е възможно възникване на толерантност, психологична и физическа зависимост.

В хода на терапията се наблюдава: еуфория, замаяност, сънливост, гадене, повръщане, запек, обилно потене, едем (оток – подуване на тъкан, поради ненормално натрупване на течност), понижена сексуалност.

Трябва да се има предвид също и това, че голяма част от пациентите имат проблем със зъбите, както и да не се пренебрегва фактът, че те често изпитват болка, след като употребата на опиоиди е преустановена, поради това, че аналгетичните ефекти на веществото вече са изчезнали.

Поради тези и други текущи здравни проблеми на пациентите, включени в програми за субституиращо и поддържащо лечение, се препоръчва интегриран подход към здравословното им състояние. Текущите проблеми трябва да бъдат диагностицирани и лекувани незабавно. Медицински грижи могат да се наложат, както при пациенти с хронични заболявания като диабет, високо кръвно налягане, припадъци, сърдечносъдови заболявания, така и при пациенти с инфекциозни заболявания (ХИВ/ СПИН, хепатит В и С, полово предавани болести, туберкулоза), също при пациенти с психични смущения, проблеми със зъбите и др.

Винаги трябва да се има предвид, че този тип пациенти са с висок риск за лечение на болков синдром. Също така констипацията може да бъде симптом на сериозно чревно заболяване, може да стане причина за други проблеми, например хемороиди, най-малкото може да накара пациента да се чувства неразположен.

Затова е препоръчително пациентите да бъдат насочвани своевременно към:

- Личен лекар;
- Кабинети за спешна и неотложна медицинска помощ;
- Болнично лечение;
- Изпращане за изследване за кръвно- и полово-преносими инфекции;

Изпращане при специалист при идентифициране на остри психични разстройства и осигуряване на терапия при идентифициране на хронични психични разстройства.

5.3. Основни дейности, извършвани от социалния работник, при работа с пациенти от програми за субституираща и поддържаща терапия

Предвид здравословното състояние на пациентите и рисковите фактори, които са оказали влияние, или в момента оказват влияние, върху здравето им, социалният работник трябва да извърши редица образователни консултации, свързани с:

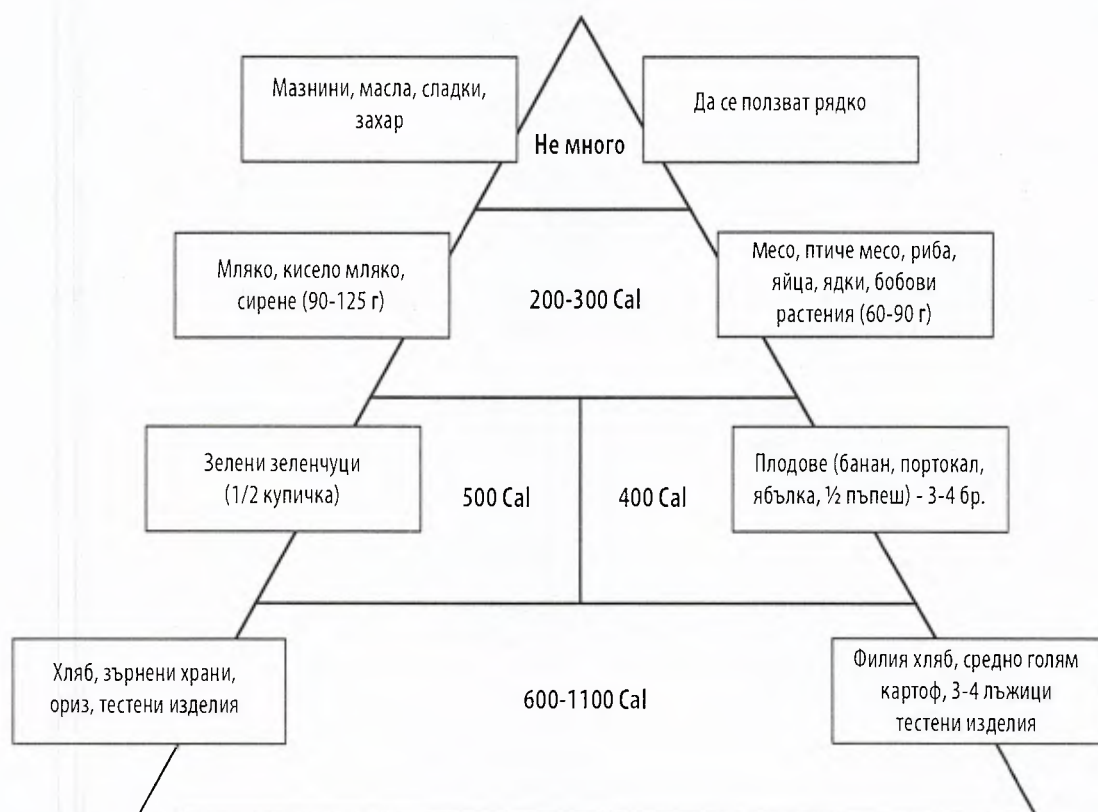
- Разясняване на действието на медикамента, с който се извършва терапията, влиянието му върху организма на пациента и соматични симптоми, които могат да се проявят в хода на терапията;
- Разясняване на рисковите фактори за здравето на пациента;
- Извършване на образователно консултиране по отношение на здравословното хранене, дневния режим и намаляване на рисковото поведение (тютюнопушенето) .

5.3.1. Социалният работник може да даде препоръки за здравословно хранене, като:

- Висока консумация на зеленчуци и плодове (минимум 400 грама дневно);
- Увеличаване консумацията на пълнозърнест хляб и други зърнени храни, увеличаване консумацията на бобови храни;

- Увеличаване консумацията на ядки (специално орехи) и семена;
- Употреба предимно на растителни масла, особено зехтин;
- Регулярна консумация на риба, поне веднъж седмично;
- Намаляване консумацията на сол;
- Ограничаване консумацията на животински мазнини;
- Избягване консумацията на твърди маргарини;
- Ограничаване консумацията на храни, богати на холестерол (яйчен жълтък, рибен хайвер, животински мазнини, мозък, черен дроб);
- Поддържане на нормално телесно тегло;
- Добавянето на влакнини към храната под формата на допълнителни пшенични трици не се препоръчва, защото дразнят червата;
- Консумация на повече храни, богати на магнезий (ядки, семена, бобови растения, пълнозърнести продукти);
- Всеки ден да се пият поне 6 чаши течности на водна основа. Ако човек е с по-голяма телесна маса, количеството течности се увеличава.

Препоръчително дневно хранене по *Willet, 1994*



5.3.2. Социалният работник може да разясни причините за флеботромбоза и да извърши консултиране за намаляване на риска от венoзни тромбози:

Причина за флеботромбозата са травмите (вкл. оперативни), венoзните инжекции и вливания. Бременността също често води до флеботромбоза. Най-често заболяват предварително засегнати, варикозни вени.

Образуването на кръвни съсиреци във вените обикновено е свързано със запушване на просвета на съда.

Когато в тези случаи няма прибавено възпаление, се говори за флеботромбоза. Ако заболяването се съчетае с възпаление на венозната стена, развива се тромбофлебит.

Строгото разграничение на тези две болестни състояния е трудно. При дълбоките вени на крайниците основен фактор за образуване на тромби е забавянето на кръвния ток и ускореното кръвосъсирване, докато при повърхностните подкожни вени е от значение увреждането на венозната стена от нараняване или възпалителни процеси.

При флеботромбозата кръвният съсирек запушва просвета на вената, но не е сраснал с вътрешния слой на венозната стена, поради което съществува опасност да се придвижи и да причини емболия.

При тромбофлебита тромбът е здраво свързан със стената, което намалява възможността за емболия.

Флеботромбозата започва обикновено с болка в засегнатия венозен съд, оток, бледност и посиняване на кожата. Движението на крайника е затруднено. Температурата често се повишава, общото състояние на болния е увредено.

При тромбоза на вените на подбедрицата болките се локализируют в прасеца, а отокът - в областта на глезените и над тях. При тромбоза на бедрената вена болезнеността е по нейния ход и бързо обхваща целия крайник. Ако се засегнат газовите вени, появяват се нарушения във функциите на правото черво, пикочния мехур и матката, изразени понякога с кървене.

Предпазването от венозни тромбози е отговорна задача. На първо място на пациентите, включени в СПП, трябва да се изяснят рисковете, свързани с инжектирането на наркотици, като се подчертае, че препаратите, използвани за субституиращо лечение, НЕ СА ПРИГОДНИ за инжектиране, а само за прием през устата. Болните, на които предстоят по-големи операции, както и жени при забременяване и раждане трябва да се посъветват с лекар, за да се отстранят онези моменти, които предразполагат към тромбоза.

Лечението на настъпила флеботромбоза се свежда до пълен покой на крайника и грижи за предпазване от емболии. В това отношение са полезни т. нар. противосъсирващи средства които обаче трябва да се предписват само от лекар и техният ефект редовно да се контролира. Препоръчват се и специални пасти, които притежават противосъсирващи свойства. Хирургическо лечение се прилага при болни, които непосредствено са заплашени от емболия.

5.3.3. Социалният работник може да разясни причините за чернодробна цироза и да извърши консултиране за намаляване на риска от увреждане на черния дроб:

Цирозата представлява хронично заболяване на черния дроб, при което неговите клетки (нар. хепатоцити) биват заместени от нефункционална, ръбцова тъкан в резултат на увреждане от различни фактори. При това заболяване се нарушават чернодробният кръвоток и функции.

Причини:

- Алкохол – редовният прием на големи количества алкохол уврежда силно черния дроб. В това отношение рискът от развитие на цироза е по-голям при жените. Според експертите дългогодишният прием на повече от 60 грама чист алкохол при мъжете и 20-40 грама при жените води до необратима увреда на черния дроб;
- Хроничен вирусен хепатит В, С или D;
- Автоимунен хепатит;
- Обменни заболявания като хемохроматоза и хепатолентикуларна дегенерация (болест на Уилсон-Коновалов), свързани с абнормно акумулиране в организма съответно на желязо и мед;
- Първичната билиарна цироза представлява увреждане на черния дроб в резултат на нарушена функция на имунната система. Среща се по-често при жени (90% от случаите), между 40 и 60 год. възраст.

В повечето случаи заболяването започва с общи оплаквания като:

- липса на апетит и отслабване на тегло;
- лесна уморяемост и намалена работоспособност;
- гадене, евентуално повръщане;
- особено чести са кожните промени като: жълтеница (жълтеникава оцветка на кожата и бялото на очите),

бели депигментирани петна, наречени хлоазми, т. нар. съдови звезди, които представляват червеникави петна, разположени предимно по кожата на горната част на гърдите, оранжево-червеникава оцветка по дланите и стъпалата.

Нарушенията на кръвосъсирването водят до съответни оплаквания (например бърза поява на подкожни кръвоизливи – синини при минимални травми). Други симптоми са:

- Намалено окосмяване по гърдите и корема при мъжете;
- При чернодробната цироза е силно нарушена очистващата функция на черния дроб, при което някои токсини (като амоняка, образуван в резултат на преработката на хранителните вещества) се натрупват в кръвта. Това води до промени като: намалена работоспособност, разсеяност и трудна концентрация, безсъние и неспокойствие. В по-напредналите стадии се наблюдава: дезориентираност, треперене на ръцете, промени в почерка и др.

5.4. Примерни техники за дискусии в група

Техника 1 - Допитване с картончета

- Може да се използва на началния етап на формиране на групата за проучване очакванията на участниците в нея.
- Може да се използва за преценка на информацията и знанията, които имат членовете на групата, за решаване на дискуссионни въпроси, както и за събиране на идеи, мнения, решения, предложения по темите, които се обсъждат в групата.
- Може да се използва за диагностика на степента на овладяване на информацията, знанията и уменията, и готовността те да бъдат прилагани на практика, както и на нивото на удовлетвореност на участниците в групата.

Начин на провеждане:

Социалният работник поставя темата (проблема) и я записва на видно място. Определя време за размисъл или началото на изпълнение на задачата. Предварително са раздадени картончета и маркери на участниците в групата. Те записват на тях своите идеи, мисли, мнения, предложения, решения и др., като на едно картонче се записва само една мисъл (идея, решение, предложение), с възможно най-големи букви и най-много на три реда. Целта е написаното да може да се чете от всички.

Всеки участник забожда картончетата си на дъската абсолютно произволно. Обучаващият поканва „доброволци“ за обобщаване на информацията (от един до трима) или посочва участниците, които ще изпълнят тази задача. Един от тях прочита високо и ясно написаното на картончетата. Това е гаранция, че групата е запозната с всички мнения. След това „доброволците“ групират картончетата по определени признаци (критерии). Образуват се клъстърри (редици или групи) сродни мнения и идеи. На други картончета (елипсовидни, по-големи или с различен цвят) се записват общите критерии за групиране и се закачват над клъстъррите като заглавия. Накрая един от „доброволците“ обобщава резултатите от работата. Тя може да продължи с определянето на приоритетни идеи и решения. За целта участниците получават „лепещи точки“ или цветен маркер, с които отбелязват приоритетните за тях идеи (мнения, решения, предложения). Това е начин за обобщаване на резултатите от задачата.

Необходими материали:

Картончета – цветни (поне четири цвята – не се препоръчват тъмни цветове), с различна форма и големина;

Карфици за забождане на картончетата;

Дъски за забождане на картончетата (има специални, но може и да се приспособят такива с корково покритие); те трябва да са достатъчно големи, високи и стабилни, за предпочитане – на собствени стойки. При липса на дъски, картончетата може да се лепят върху ламперия или върху голям постер лист;

Стрелки с различен цвят, дебелина и форма;
„Художествени картончета“ с форма на облачета, цветя, звезди и др., на които могат да се записват допълнителни идеи, „проблясъци“ и др.

Маркери – поне четири цвята;

Лепещи точки или други лепещи форми (цветенца, листчета и пр.);

Лепило и/или лепещи ленти – с тяхна помощ се залепват картончетата в окончателната им позиция на голям лист хартия, когато липсва дъска.

Избягвайте следните методически грешки:

- липса или неточни указания;
- записване на повече от една идея (предложение, мисъл и др.) на едно картонче;
- подбиране на неподходяща задача (предполагаща прекалено много или прекалено малко мнения и идеи);
- не добре планирани ресурси.

Техника 2 - Решаване на задачи

Методът може да се използва от социалния работник, както за индивидуална, така и за работа в групи.

Основни въпроси, които се поставят на участниците в началото на работата са:

1. *Кои са трите основни части на човешкото тяло?*

2. *Сетивните органи в човешкото тяло са 5. Чрез тях усещаме какво става около нас - виждаме, чуваме, помиристваме, усещаме вкус и имаме усет като пипаме. Кои са те?*

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
5. _____

3. *Заградете верния отговор.*

За здравословното хранене е важно:

- а) да се храниш колкото се може повече пъти на ден*
- б) да ядеш повече плодове и зеленчуци*
- в) да ядеш най-много месни храни*

4. *Подчертайте храните от растителен произход.*

красавица, пиле, пържола, яйца, хляб, боб, гъби, салам

5. *Как да се грижим за здравето си? Избройте още 2 неща, освен храненето, които са важни, за да сте здрави и силни.*

6. *Заградете вярното - ДА или НЕ.*

- | | | |
|--|----|----|
| <i>а/ доброто здраве зависи и от доброто настроение</i> | ДА | НЕ |
| <i>б/ взаимното уважение помага хората да са здрави и щастливи</i> | ДА | НЕ |
| <i>в/ полезно е да се храним бързо</i> | ДА | НЕ |

7. Какво мислите, че би могло да се направи, за да живеем в по-чиста среда?

Могат да се поставят и други въпроси, по избор на групата. Целта е да се види нивото на здравна култура на участниците

Техника 3 - Игра с топка

Описание:

Всеки участник получава картонче с името на едно социално значимо заболяване – исхемична болест на сърцето, хипертония, инфаркт, диабет и др.

Един от участниците има задачата да води протокол.

Водещият хвърля топка към един от участниците. Уловилият я трябва да назове първата асоциация, които му идва на ум за болестта, изписана върху картончето му. След това той хвърля топката към друг участник и така, докато топката премине през всеки участник от групата.

Упражнението продължава около 10 мин.

Водещият протокола записва всички асоциации, заедно с авторите им. След приключване на хвърлянето, групата се събира в кръг и с помощта на водещия се обсъжда:

- Как са се чувствали участниците по време на играта.
- Трудно ли им е било да назоват асоциации.
- Има ли болести, за които знаят много малко.
- Смятат ли, че асоциациите са точни.

След това може да се премине към дискусия за социалните фактори, които влияят върху здравословното състояние и за индивидуалната отговорност за собственото здраве

Техника 4 - „За и против“

Описание:

Участниците се разделят в малки групи от 4-5 участника. Всяка група получава задача, например първата група трябва да напише ползите от тютюнопушенето, втората – вредите. Третата група – ползите от употребата на алкохол, а четвъртата – вредите. В описанията могат да бъдат включени както здравословните аспекти, така и социалните такива на съответната употреба.

Дават се около 10 – 15 мин. След приключването всяка група съобщава своите заключения. Преминава се към дискусия относно вредите за здравето от употребата на алкохол и тютюневи изделия.

**МОДУЛ (6) – ТРЕНИРАНЕ В УМЕНИЯ ЗА ДИСКУСИИ ПО СПЕЦИФИЧНИ ТЕМИ,
СВЪРЗАНИ С ФИЗИЧЕСКОТО ЗДРАВЕ НА ЗАВИСИМИТЕ КЪМ НАРКОТИЦИ.
ОСОБЕНОСТИ ПРИ ПАЦИЕНТИ В СПП**

Виолета Богданова

“Незнайното плаши, само ако предизвика упорито отхвърляне.”

Робърт Шекли

**6.1. Мотивация на пациентите за тестване за кръвно-преносими и полово-преносими инфекции.
Консултиране при тестване**

Според сега действащите стандарти в световен мащаб, употребяващите наркотици се определят като група с особено висок риск от трансмисивни и полово предавани инфекции. Между 5-10% от заразяванията с ХИВ в света са резултат от употреба на инжектирани наркотични вещества. Има европейски и азиатски страни, в които над 70% от заразяванията се приписват на употребата на инжектирани наркотични вещества. Инжекционно употребяващите наркотици (ИУН) са застрашени от заразяване с ХИВ, хепатит В и С, както и други вируси, предавани по кръвен път, като резултат от съвместна употреба на средства за инжектиране и разтваряне на наркотика. Рискът от заразяване при ИУН се повишава поради сексуални контакти с други зависими от опиати и високо рискови сексуални практики.

При постъпване в субституираща, поддържаща или рехабилитационна програма се изяснява здравният статус на ИУН. В изясняването на този статус се включват тестването чрез серологични маркери за антитела (или антигени) на вируси, предавани по кръвен път. Тестването на ИУН най-често включва следните серологични маркери:

1. HIV ½ AgAb;
2. HCV Ab;
3. HBsAg - HBV;
4. ТРНА или ELISA за сифилис;
5. Добра практика е, успоредно с тези тестове, ИУН да се тестват и за туберкулоза.

Тестването на употребяващите инжекционно наркотици води до намаляване на здравните и социални вреди, решавайки следните задачи:

- Превенция на заразяване с ХИВ, хепатит В и С и полово преносими заболявания.
- Навременно насочване за лечение и социални грижи за болните от кръвно и полово преносимите инфекции, употребяващи опиати.
- Епидемиологично достоверна информация за ниво на разпространение на трансмисивните инфекции в групата на ИУН.

Освен тестването, в превенцията и лечението на ХИВ/СПИН и другите кръвнопреносими инфекции, има друг компонент с изключително важен характер – **консултирането**, което:

1. Подпомага хората да вземат информирано решение да се тестват.
2. Подпомага хората с ХИВ/СПИН да се справят със състоянието си.
3. Помага в превенцията на трансмисията на ХИВ.

Консултирането има задачата да подпомогне клиента да вземе решение да се изследва, както и да осигури помощ (здравна, психологическа и социална) при взимане на определени решения след изследването.

Принципи на консултирането:

- Конфиденциалност – всички данни за клиента – резултати от теста, лични данни и друга информация, остават поверителни и не могат да се разгласяват на други лица, дори и здравни служители, без съгласието на клиента;

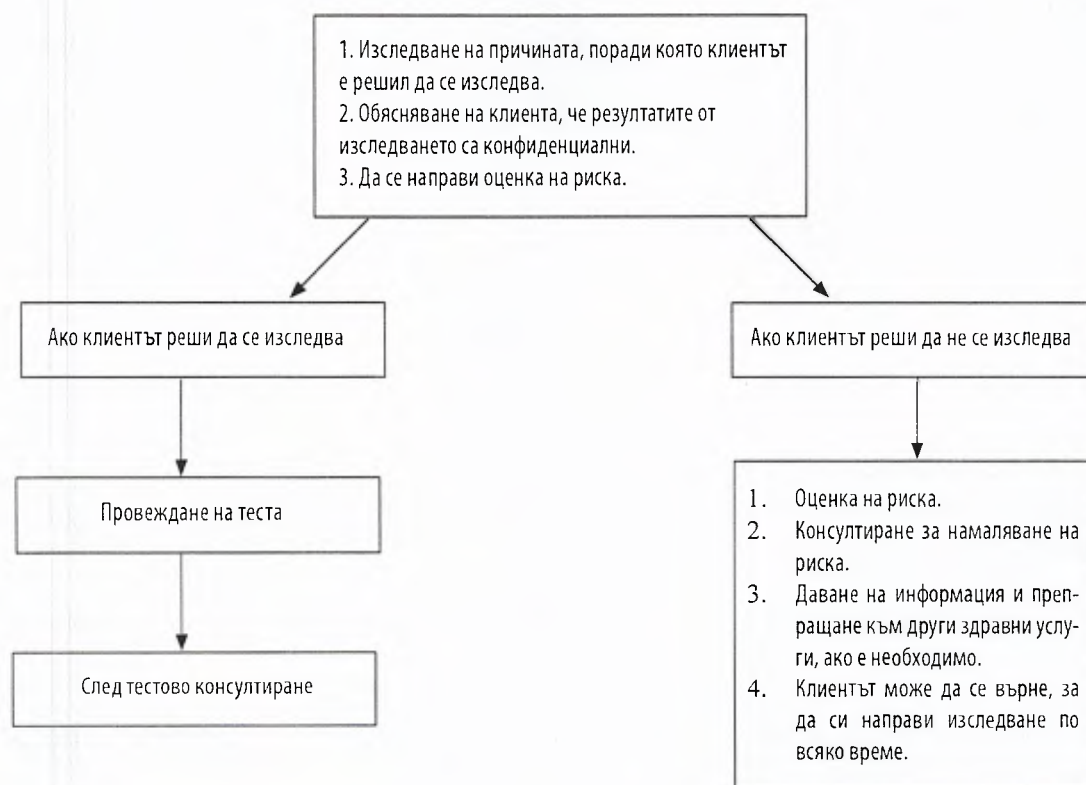
- Доброволност;
- Анонимност – при желание на клиента. Този проблем се решава със създаването на личен код на клиента. Добре би било клиентът да е уведомен, че така проведеното изследване не може да послужи през други медицински и здравни институции, а е само за негова информация.
- Съобразяване с личността на клиента, с неговия етнос, език, сексуална ориентация образование и т.н.
- Съобразяване с актуалните здравни закони и нормативни документи.

Процесът на консултирането се състои от пред тестово (или превантивно), след тестово и проследяващо консултиране.

Преди всяко тестване е добре да се проведе пред тестово консултиране. Някои компоненти на пред тестовото консултиране, като информиране и превантивно ориентирано консултиране, могат да се провеждат и в група. Основни компоненти на пред тестовото консултиране за ХИВ са следните:

- Информирание за ХИВ, за начините на предаване на инфекцията и методите на превенция;
- Предоставяне на индивидуална оценка за риск от заразяване, с цел постигане на реална самооценка на риска;
- Предоставяне на превантивно ориентирано консултиране, за да може тестваният сам да идентифицира рисковото си поведение;
- Подпомагане на индивида да започне промяна на поведението си, с оглед намаляване и спиране на рисковото си поведение;
- Подготовка на индивида да приеме и разбере евентуалните резултати от теста;
- Подготовка на тествания за след тестово консултиране.

На *Схема 1* е представен ходът на пред тестово консултиране



След тестово консултиране

Разделя се на след тестово консултиране при отрицателен резултат и след тестово консултиране при положителен резултат.

След тестовото консултиране при отрицателен резултат е насочено към превенция на рисковото поведение на тествания. На първо място трябва да се изясни на лицето, че резултатът е достоверен при рисков инцидент за период от преди 2-3 месеца, а не непосредствено преди тестването. Изключително важно е тестването да се повтори след още 3 месеца. При консултацията на ИУН трябва да се включат следните съвети за безрисково поведение:

- използване на нови и стерилни комплекти за инжектиране;
- насочване към програми за обмен на игли и спринцовки;
- съветване за спиране на инжекционната употреба;
- съвети за избягване на групова употреба, употреба под въздействие на алкохол или други високо рискови практики на инжектиране;
- употреба на презерватив при сексуални контакти и спазване на всички мерки за предпазване от полово предавани заболявания.

Схема 2 – След тестово консултиране



След тестово консултиране след положителен резултат:

Преди да започне консултацията, трябва да се прецени дали лицето разбира резултата от теста и да се окуражи пациента да изразява чувствата и реакциите си.

- Съобщава се ясно и ангажиращо резултатът от тестването и се обсъжда с клиента как да се справи с ситуацията;
- Съветва се да се обърне към специализирано медицинско заведение за лечение на ХИВ/СПИН. Там се получава специализирана медицинска консултация, провеждат се всички необходими изследвания за цялостна оценка на здравословното състояние на серопозитивния пациент;
- Обсъжда се привличането на член от семейството, приятел или партньор, за пряка емоционална подкрепа;

-
- Обсъждат се промени в поведението за предотвратяване на инфектиране на неинфектирани и неизследвани сексуални партньори;
 - Предлагат се връзки с неправителствени организации, работещи с хора, живеещи с ХИВ.

По правилата на добрата практика, консултантът, извършил пред тестовото консултиране, трябва да консултира и след тестово. За съобщаване на този резултат е необходимо комплексно обучение, практика и лични качества и способности.

6.2. Бременност и раждане и кръвнопреносими инфекции

Както по-горе е споменато, употребата на хероин излага на висок риск от заразяване с инфекции като хепатит В, хепатит С и ХИВ/СПИН. На фона на хероинова зависимост, процентът на жените, при които е възникнала бременност, расте. Липсата на здравна култура или дълги периоди на нередовна менструация и аменорея, както и освободено сексуално поведение и проституиране, често водят до настъпване на нежелана бременност у зависимите. Данните за протичане на бременността и състоянието на плода при системна употреба на хероин са твърде разнородни. До скоро се смяташе, че употребата на хероин води до големи аномалии на плода. Според проучванията при новородени от зависими от опиати майки, има повишаване на честотата на жълтеницата, респираторен дисстрес синдром, както и множествени дискретни малформации. Съвременните схващания за проблема са по-различни. Машабни проучвания сочат, че децата на употребяващи хероин майки, се раждат с ниско тегло (около 50% от децата се раждат с тегло под 2.5 кг). Дългосрочните ефекти върху растежа и поведеските реакции на деца, родени от зависими към хероин майки, сравнени с контроли, се изразяват в по-ниско телесно тегло, нарушено поведение, организационни възможности и възприемчивост. При наличие на тези данни, въпросът дали трябва да се препоръча спирането на хероин при настъпване на бременност стои пред всеки медицински експерт. Има данни за повишена честота на мъртворождаемост при жени, които внезапно прекратяват употребата на хероин в хода на бременността. Тежките абстинентни кризи се свързват с повишена психоактивност на плода и вероятна причина за настъпване на смърт на плода. Поради това не се препоръчва детоксификация по време на бременност. Жените трябва да се съветват за включване в поддържаща метадонова програма, в която при наличие на бременност се ползват с предимство (Наредба №24/2000г. на МЗ). При употребата на метадон, рисковете и последствията за бременността са значимо по-ниски от тези при употребата на хероин.

6.2.1. Бременност и хепатит В

Хепатит В при употребяващите инжекционно наркотици се предава при употребата на общи игли и спринцовки, както и по полов път (при проституиращи зависими). Няма данни честотата и клиничното протичане на хепатит В да се влошава от бременността. Лечението е поддържащо. Честотата на предтерминалните раждания е леко увеличена. При хронична серопозитивност плацентарно преминаване не се доказва. Предаването на майчината инфекция се осъществява само по време на раждането или кърменето. Превенция на неонаталната инфекция при деца на хепатит В позитивни жени е имунопрофилактиката. Инфекцията се предотватява чрез прилагане на хепатит В имуноглобулин веднага след раждането, последвано от незабавно прилагане на ваксина срещу хепатит В. Кърменето при жени, инфектирани с хепатит В, се счита за безопасно.

6.2.2. Бременност и хепатит С

Няма основание да се смята, че хепатит С инфекцията протича различно при бременни и небременни жени. Най-важно е да се отбележи, че хепатит С се предава вертикално на плода. Тази вертикална трансмисия е в 4-6% от новородените от майки, серопозитивни на хепатит С. В лабораторията на НЦН от 2000 г. да 2009 г. от 34 майки в субституираща програма на метадон не е имало серопозитивно новородено. В момента не е установен начин за превен-

ция на предаването на вируса при раждане. Смята се, че майките с хепатит С инфекция могат да кърмят своите деца, тъй като няма доказателства за предаване на вируса чрез майчиното мляко. Поради това, че е доказан единствено кръвен път на разпространение хепатит С, инфекцията не е противопоказание за кърмене. Единствено в случаите, когато ареолата на гърдата е разранена, трябва временно да се преустанови кърменето.

6.3. ХИВ/СПИН

В България най-често инфектирането с ХИВ става чрез сексуални контакти, но от 2005 г. бързо нараства процентът на заразените ИУН (както и на мъже, правещи секс с мъже). Това налага настоятелно да се препоръчва на бременни жени, употребяващи или употребявали инжекционни наркотици, да се изследват за тази инфекция. Ранното узнаване на ХИВ статуса е изключително важно, тъй като прилагането на антиретровирусна терапия по време на бременността намалява многократно вероятността от предаване на вируса от майката на детето. Трансплацентарната инфекция се осъществява рано и вирусът може да бъде идентифициран в ранни срокове. Инфектирането може да се осъществи при раждането – 15-25% от бебетата, родени от инфектирани майки, са заразени. Най-важно по време на бременност е стриктно проследяване и терапия. За превенция на вертikalното предаване се следват два основни принципа – антиретровирусна терапия (на майката пренатално и на плода след раждането) и родоразрешение чрез цезарово сечение. Майчиното мляко повишава риска от неонатална трансмисия и не се препоръчва на ХИВ позитивни жени. По данни на СЗО от 30% до 60% от инфекцията от майка на новородено се дължи на майчиното мляко.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В съвременното общество процесът на социализация става все по-случаен, семейството не може да реализира напълно тази функция, а училището не предлага специални механизми за подготовка за живот в едно бързо-развиващо се, високотехнологично и модерно общество.

Придобиването и развитието на социални умения, а оттам и социализацията като процес, има огромно значение в еволюционното развитие на отделните общества, тя е възпроизводителен процес на превръщане на биологичните индивиди в социални същества, посредством овладяване на социалния опит, дейности, които са необходими за всеки човек в конкретното общество.

Според Емил Дюркем, социализация е въздействието, което възрастните оказват върху детето, с цел да се развият неговите физически, интелектуални и морални способности.

В процеса на придобиване на социални умения, човек достига до задоволяване на потребностите си за опознаване и разбиране на света, разширява самосъзнанието си, увеличава възможностите си за избор на поведение и се научава отговорно да се справя с възникващите проблеми и конфликти.


За да развие и утвърди човек определени социални умения, в това число и зависимата личност, трябва преди всичко да придобие основни знания за: собствената личност, за това, което я отличава от другите, за силните и слабите ѝ страни; за отношенията с другите хора (приятелство, партньорството, делови отношения, роли, йерархия, разпределени на правата и на отговорностите); за семейството (родителска роля и задължения, общуване и роли). В този процес има начини личността да бъде подпомогната и там, където има дефицити на развитието, те да бъдат преодоляни по най-добрия възможен начин. Професионалната роля на социалните работници и психолозите в лечебните и рехабилитационните програми за зависими от наркотици и алкохол може да бъде решаваща в това отношение. Надеждата на авторския екип на този наръчник е професионалистите да намерят в него ценен източник на информация и практически напътствия, които да променят към добро както собствената им практика, така и живота на техните клиенти.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА:

1. Дюркем Е., За разделението на обществения труд, С 1987
2. Енциклопедия по психология, под редакцията на Р. Дж. Корсини, София, 1998
3. Колева Н., Социална медицина, С., 2004
4. Конов П., Работна тетрадка
5. Лабат В., Тренинг методи в обучението, публична лекция в НБУ, електронен вариант
6. Либерман Р., Де Ризи, У., Трениране в социални умения за психиатрични пациенти, БПА, 1999
7. Малкина-Пых И., Семейная терапия. Справочник практического психолога, Москва, 2006
8. Насоки за добра практика в субституиращото лечение, авторски екип, С. 2008
9. Николай Томов, Пред и след тестово консултиране за ХИВ/СПИН при лица със зависимости, Национален център по зависимости, София 2002
10. Пийз А., Гарнър А., Езикът на тялото, 2004
11. Психология личности – текстъ, МГУ, 1989
12. Сексуалното поведение на жената, USA, 1953
13. Сексуалното поведение на мъжа, USA, 1948
14. Фер С., Въведение в груповата терапия“, С., 2002
15. Bi Any Other Name: Bisexual People Speak Out. Ed. by Loraine Hutchins and Lani Kaahumanu. Alyson Publications, 1991
16. Closer to Home. Bisexuality and Feminism. Ed. by Elizabeth Reba Weise. The Seal Press, 1992
17. Geller, Thomas. Bisexuality: A Reader and Sourcebook. Times Change Press, 1990
18. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilitiesq UNAIDSq WHOq May 2007
19. Nichols M., Schwartz R., The Essential of Family Therapy, Allyn and Bacon, 2001
20. Willett W., The Waste of Daylight, U.K, 1994

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

	
Europass автобиография	
Лична информация	
Собствено (и) име (на) / Фамилия(и)	
Адрес	
Телефон	Мобилен телефон:
Факс	
E-mail	
Националност	
Дата на раждане	
Пол	
Предпочитана длъжност / Сфера на работа	
Трудов стаж	
Дати	
Заемана длъжност или позиция	
Основни дейности и отговорности	
Име и адрес на работодателя	
Вид на дейността или сферата на работа	
Образование и обучение	
Дати	
Наименование на придобитата квалификация	
Основни предмети/застъпени професионални умения	
Име и вид на обучаващата или образователната организация	
Ниво по националната класификация	

Лични умения и компетенции							
Майчин (и) език (езици)							
Чужд (и) език (езици)							
Самооценяване	Разбиране			Разговор			Писане
Европейско ниво (**)	Слушане	Четене	Участие в разговор	Самостоятелно устно изложение			
Език							
Език							
(**) Единни европейски критерии за познания по езици							
Социални умения и компетенции							
Организационни умения и компетенции							
Технически умения и компетенции							
Компютърни умения и компетенции							
Артистични умения и компетенции							
Други умения и компетенции							
Свидетелство за управление на МПС							
Допълнителна информация							
Приложения							

Приложение 2.

ПРИМЕР ЗА АВТОБИОГРАФИЯ НА КАНДИДАТ ЗА РАБОТА

Име:.....
Собствено Бащино Фамилно
Дата на раждане..... Място.....
Адрес.....
Телефон..... *кога могат да Ви намерят на него*

ПРОФЕСИОНАЛЕН ОПИТ

1) От..... до..... Длъжност:.....
Име на организацията.....
/Подробности за задълженията – обхват на контрола, осъществени проекти, нововъведения, награди/

2) От..... до..... Длъжност:.....
Име на организацията.....
/Подробности за задълженията – обхват на контрола, осъществени проекти, нововъведения, награди/

ОБРАЗОВАНИЕ:

От..... до..... Университет:/Магистърска степен/.....
Специалност:.....
Необходими детайли.....

От..... до..... Колеж:/Бакалавърска степен/.....
Специалност:.....
Необходими детайли.....
Средно учебно заведение.....
Основно образование.....

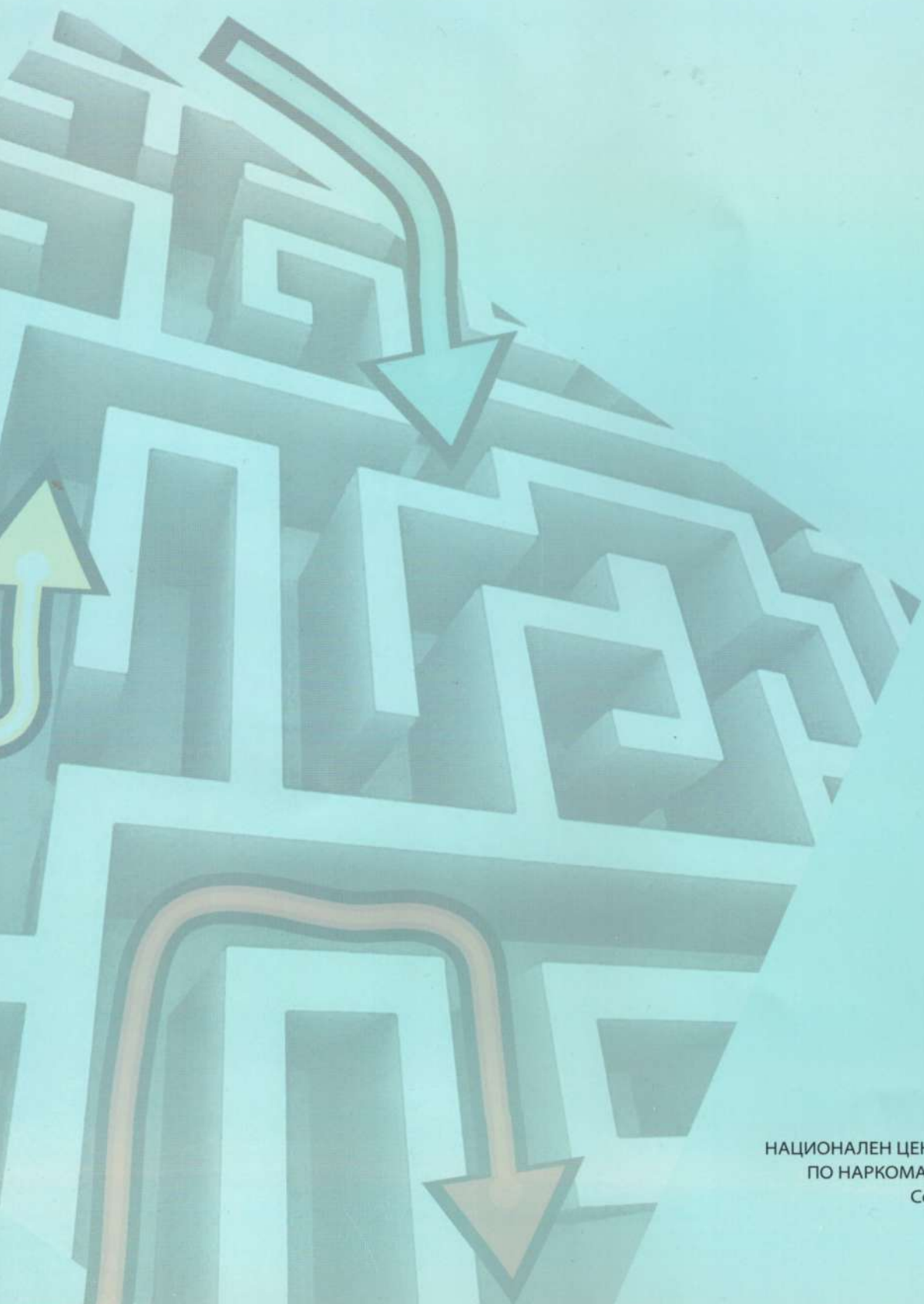
ДРУГИ УМЕНИЯ:

Компютърна грамотност:.....
Езикова квалификация.....
Шофьорска книжка.....
Други.....

ЛИЧНА ИНФОРМАЦИЯ:

Семейно положение:.....
Хоби.....
Нагласи, предпочитания.....

Материалът е изготвен в изпълнение на Националната програма за развитие на лечебната система от метадонови поддържащи програми на Република България (2006 - 2008 г.)



НАЦИОНАЛЕН ЦЕНТЪР
ПО НАРКОМАНИИ
София

