

Исторические и современные предпосылки к созданию факультета социальной работы в Сибирском государственном медицинском университете

Корнетов Н.А.

Historical and modern preconditions to the creation of social work faculty in Siberian State Medical University

Kornetov N.A.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Корнетов Н.А.

В работе обсуждаются исторические и современные данные о необходимости открытия факультета социальной работы в Сибирском государственном медицинском университете. Обоснованием для подготовки специалистов по социальной работе является необходимость реконструкции университетского образования в сфере охраны психического здоровья. Предлагается развитие биопсихосоциальной модели образования, которая требует подготовки социальных работников в области клинической психологии, психотерапевтических интервенций и психиатрии. Анализ текущего состояния эффективности служб социальной работы в России выявляет необходимость подготовки новой генерации специалистов для развития социальной сети, социальной помощи, поддержки и реабилитации лицам, имеющим временные или хронические психические и поведенческие расстройства или попавшим в кризисные жизненные ситуации.

Ключевые слова: социальная работа, межсекторальное сотрудничество, трудная жизненная ситуация, охрана психического здоровья.

Historical and modern data of the need of the creation of social work faculty in Siberian State Medical University is discussed in the present paper. The need of university education renovation in the sphere of mental health protection is a ground of the social specialist training. It is suggested a development of biopsychosocial education model that requires the training of social workers in the sphere of clinical psychology, psychotherapeutic supports and psychiatry. The analysis of the current state of social service efficiency in Russia reveals the need of the training of new generation specialists for the development of the social net, social assistance, support and rehabilitation of persons having temporary or chronic mental and behavioural disorders or in crisis living situations.

Key words: social work, intersectional cooperation, difficult living situation, protection of mental health.

УДК 301

Различия и близость между социальной работой и профессиональной психологией

Если профессиональная психология выростала из религии, философии и медицины, то социальная работа зарождалась в те времена, когда члены маленьких общин оказывали друг другу помощь и поддержку. Следует четко определить различия в становлении профессиональной психологии и социальной работы. Пси-

хология в своем развитии первоначально формировалась в большей степени как теоретическая система преимущественно интроспективных взглядов о душе, субъективных психических переживаниях человека и философской концептуализации человеческого бытия. Затем происходило накопление дискриптивного и эмпирического опыта, который по мере развития смежных наук — физиологии и медицины — все более насыщался экспериментальными методами исследований психических процессов и поведения.

Социальная работа исторически развивалась в социокультурных сообществах через синтез того или иного накопленного и закрепленного опыта, который возникал в определенной среде обитания людей через верования, убеждения, моральные ценности, общинность и религию. Культурная основа этих ценностей формировалась опытным путем и передавалась из поколения в поколение писаными и неписаными законами объединения людей, альтруистические предпосылки которых обуславливали мотивы и понимание необходимости взаимопомощи и поддержки друг друга. В этом отношении по своим истокам социальная работа уходит корнями в практику систем социальной коммуникации, взаимной поддержки и помощи, необходимых для приспособления или выживания человеческих сообществ в определенных условиях жизни. Различные типы отношений и взаимодействий между людьми проходили культурно-эволюционную селекцию наиболее ценных для жизни способов адаптогенеза, которые выражались в социально поддерживающих формах поведения. В итоге в США и западных странах, где профессиональное развитие социальной работы и клинической психологии интенсивно началось после Второй мировой войны, в настоящее время многие социальные работники выступают психологическими консультантами, обучились психотерапевтическим технологиям и практикуют психотерапию [21]. В свою очередь, клинические психологи часто работают в социальных центрах и службах, где проблемы дистресса с нарушением социального функционирования или паттерны нарушений психической деятельности в виде тревожных, депрессивных, посттравматических расстройств являются целевыми группами пользователей для социальной, психологической и психотерапевтической интервенции.

Социокультурные основы социальной работы: общемировой или российский путь?

Формирование любого общества и государственности в их систематическом взаимодействии, совпадающих и несовпадающих интересах, соответствии или конфронтации друг другу опреде-

ляло и определяет некоторые обобщенные стандарты общественной культуры, сознания, мышления и поведения. Эти общие нормативы общества по его отношению к законам, с одной стороны, и структурной системе власти, с другой, с их принципами морали и нравственности могут достаточно рельефно прогнозироваться по многим объективным и доказательным данным. К ним можно отнести степень автономии и безопасности личности, доминанту юридическо-правовой системы, распределение валового продукта на гуманитарный и социальный капиталы населения. Более доступными анализу показателями являются качество и продолжительность жизни, социодемографические параметры рождаемости, смертности, заболеваемости, болезненности, частота суицидов, правонарушений и т.п. Специалистам в области социальной гигиены, общественного здравоохранения, экономики и руководителям соответствующих ведомственных служб, информированным о данных показателях в Российской Федерации, СНГ и других странах мира, знающим их динамику за многие годы, вряд ли покажется обоснованным оценивать наши низкие показатели уровня жизни людей спецификой российского характера и менталитета.

Многим современным общественным деятелям представляется соблазнительным объяснять периоды геноцида собственного народа, кризисы и неудачи в правлении особым русским характером. При этом используется мифотворческая «великая» идея об особом пути России. Ссылки, как правило, осуществляются на таких российских христианских философов и космистов, как В.С. Соловьев, Н.А. Бердяев, П.А. Флоренский, С.Н. Булгаков, В.Ф. Купревич, В.В. Зеньковский, Н.Ф. Федоров, Н.А. Сетницкий, В.И. Вернадский, А.Л. Чижевский, К.Э. Циолковский и др. Но в их трудах религия, философия и наука были органично соединены, а воинствующий панславизм, националистические идеи, державность, лжепатриотизм, гнетущий обскурантизм и обособленный российский путь рассматривались отрицательно, как путь, ведущий к национальному унижению. Наоборот, реальное единство человеческого рода признавалось в качестве религиозной истины,

оправданной рациональной философией и подтвержденной точной наукой. В.С. Соловьев писал: «...мы должны рассматривать человечество в его целом, как великое собирательное существо или социальный организм, живые члены которого представляют различные нации. С этой точки зрения очевидно, что ни один народ не может жить в себе, чрез себя и для себя, но жизнь каждого народа представляет лишь определенное участие в общей жизни человечества. Органическая функция, которая возложена на ту или иную нацию в этой вселенской жизни, — вот ее истинная национальная идея...» [17].

Таким образом, космически-философские или активно эволюционные воззрения этих великих мыслителей, по существу, рвались к расширению сознательно-духовных сил, которые бы одухотворяли и преобразовывали представления о Земле и биосфере в соотносительности с глубочайшими запросами высшей ценности — конкретного человека — в их целостности и взаимосвязи [17]. Иначе говоря, теология и космология восприятия должны быть органично связаны с антропологией и персонализмом. Такая позиция в целом определяет сопричастность к лучшим мировым стандартам социальной помощи, сфокусированной на конкретном человеке, его уникальной самости с попыткой дать импульс и мотивы личности к саморазвитию и интеграции в общественную жизнь на разных ее уровнях организации и ни в коем случае не апеллировать к стандартной помощи «контингентам» населения. В таком контексте социальное обслуживание должно иметь максимально широкую дифференциацию. Как показывает практика, даже в самых сложных и стесненных обстоятельствах человеческую активность нельзя подменять банальным уходом или всеобъемлющей раздачей социальных льгот, а, наоборот, всячески способствовать развитию и обретению навыков. Такой подход позволяет проявлять личностные качества людей, находящихся по тем или иным причинам в стесненных социальных, экономических, психологических или болезненных состояниях. Приведенные аргументы вовсе не исключают общего правила развития мировых стандартов помощи, в которых всегда подчерки-

вается их разумное преломление к конкретным региональным условиям с поправкой на культурные традиции. Такой подход только обогащает и ускоряет развитие и принятие наиболее разработанных и лучших видов социальной помощи в мире. Внутри Российской Федерации многонациональность так же чрезвычайно велика, как и различия между регионами, краями и областями по многим параметрам экономического, гуманитарного и социального капитала. Вероятно, было бы наивно и опасно применять общие стереотипные подходы в методологии и конкретных практиках социального обслуживания населения, пренебрегая конкретным анализом местных условий. В советский период многократные попытки экстенсивных и однотипных псевдореформ в сельском хозяйстве показали, что лженаука отрицается самой природой. Применение подобных квазиобоснованных, навязанных сверху подходов к людям, наделенных разумом, всегда заканчивается трагично и печально.

Это же касается создания системы образования и профессии специалиста по социальной работе. Наиболее рационально рассматривать историю ее формирования через интернациональные социально-исторические корни альтруизма, которые в различных нациях и во всех уголках мира формировали у единого человеческого рода различные или тождественные формы поддержки. Со временем они перерастали в систему общинных добровольных организаций помощи, благотворительных объединений или частные формы проявлений поддержки отдельных людей и групп населения на осознанно нравственной основе. Лишь после такого обобщения представляется целесообразным рассматривать исторический опыт и вклад различных стран и, прежде всего, России в это важное для жизни многих людей профессиональное дело.

Подчеркивание данной исходной позиции в обсуждении создания факультета социальной работы современного уровня в медицинском университете для профессионального обучения специалистов в данной области имеет принципиальное значение. Во-первых, при всех отличиях в развитии разных этносов и наций культурно-

исторический альтруизм является неотъемлемой частью групповых и межличностных видов коммуникации, в которой выражена забота о благе других людей и не сопровождается ущербом для человека, проявляющего эти качества. В профессиях, связанных с помощью другим людям, альтруистическое поведение становится частью обобщенного поведенческого паттерна, достигающего рефлексивного уровня, который практически может быть привычным и неосознаваемым свойством профессионалов. В данном случае важно отметить, что за границей адаптивного для человеческого сообщества альтруизма и при низком профессионализме могут проявляться ауто- и гетеродеструктивные подобию этой формы поведения, при которых за самоотречением, самопожертвованием скрывается не душевная открытость и желание оказать помощь бескорыстно, а, наоборот, возникает манипулятивность, формирование созависимых отношений, смысл которых сводится к ожиданию ответной жертвенности и зависимого управляемого поведения. Синдром «выгорания» является уже ощутимой проблемой среди социальных работников, которые не обрели достаточных профессиональных навыков. Крайним и драматическим проявлением, в генезе которого определяются недостаточные отделенность, автономия и персонифицированность индивидуума от группы, является альтруистическое самоубийство, описанное социологом Э. Дюркгеймом [3]. По его мнению, такой вид самоуничтожения совершает человек, воспитанный в духе полного самоотречения и самоотвержения.

Просоциальность и универсальность социальной работы

Сам термин «альтруизм» был введен основоположником социологии и родоначальником социальной психологии О. Контом в качестве одной из основ в объяснении социального поведения на начальных этапах становления социологической науки и ее разделов. По мере развития экспериментальной социальной психологии альтруизм стал изучаться под общим понятием просоциального поведения, антитезой которому стали многочислен-

ные исследования агрессии и антисоциального поведения. Вечная тема добра и зла позднее была наиболее панорамно разработана в психоанализе. В теории психоанализа понятие «эрос» как совокупность большой группы влечений к жизни, созиданию, творчеству и реальности в противоположность танатосу и разрушению первоначально опиралось на представления любви и вражды (филия и нейкос) Эмпедокла [30]. В дальнейшем подчеркивалось платоновское понимание эротической установки. В идеях позднего платонизма достаточно резко выражалось презрение к чувственному миру и материи как принципам зла, а мир идей соответствовал принципам блага. Из этого следовало, что чувственный порочный мир является отпавшим от беспорочного мира идей, а связь человеческой души с телом означает состояние унижения и греховности. Примирение этих противоположностей выражается у Платона в мифологическом изображении эроса через понимание прекрасного на основе просветленного чувства мира через живущий в нем мир идей [15]. Причем ступени этого просветления начинаются с телесной красоты, погруженной во вполне чувственное восприятие. Затем следует промежуточная ступень, когда наступает понимание красоты души, и, наконец, на третьей ступени возникает чувство любви к идеальному миру. Таким образом, в любой профессии открытая просоциальная позиция может рассматриваться как эротическая созидательная установка, ориентированная на любовь и познание мира.

Поскольку гуманитарные дисциплины в своих нравственных основах едины, а науки не могут иметь резких расхождений в различных странах, то нет и основания противопоставлять общие принципы и междисциплинарные основы социальной работы. Цели этой специальности имеют универсальный характер. Наряду с этим каждая страна имеет свою определенную историю развития в формировании социального обслуживания, помощи и поддержки тех или иных слоев населения и отдельных людей [24]. Уровень про-

свещения населения в этом вопросе, привлечение к социальной работе сообщества, семей и потребителей социальных услуг также носят разнообразный характер, а национальная политика, программы помощи, межсекторальное сотрудничество и законодательства в существенной мере могут различаться.

Социальные работники, клинические психологи и врачи любой медицинской специализации постоянно занимаются поддержкой страдающих людей и ежедневно сталкиваются с множественными человеческими переживаниями и расстройствами, которые имеют и психический, и телесный характер. Разделяя искусственно эти два проявления целостного человека, мы вольно или невольно создаем себе ту ограничительную, демаркационную линию, где собственно теряется облик субъекта нашей социальной, психотерапевтической или медицинской интервенции.

Человек в его интегральном облике по мере выполнения функций того или иного института с биомедицинским, психологическим или социальным уклоном влияния все более становится объектом, который в большей или меньшей степени деперсонифицируется самим подходом, стандартами и парадигмами той или иной науки о человеке. Каждая из них может гипертрофировать одни качества и точки приложения своего видения и игнорировать другие [9]. Чаще всего на современных весах познания человеческий дух весит намного

больше, чем биология человека. Однако вся природа человека постоянно мстит за ее игнорирование, поскольку она намного старше, чем социокультурные влияния, и требует большего преклонения, знания и понимания [10].

В контексте нашего обсуждения необходимо предварительно подчеркнуть, что все мы созданы из различной мозаики человеческого генетического материала и что все мы от рождения отличаемся друг от друга. Эти отличия являются тем законом, благодаря которому человечество находится в постоянном развитии и определенных равновесных условиях с окружающей средой. Однако общими, базовыми, истинными эволюционно-биологическими потребностями чело-

века с самого рождения являются чувства безопасности, уважения, независимости, доверия, интимности, чувство могущества и осмысления, понимания себя — кто ты есть в окружающем мире, в этом общем для всех потоке жизни, как писал К. Роджерс [16]. Если эти базовые потребности имеют хорошее семейно-социальное и педагогическое сопровождение, обеспеченные, по мнению крупнейшего отечественного педагогического антрополога К.Д. Ушинского [23], психобиологическим знанием, а также лаской, заботой и теплом, исходящими из телесного, поведенческого и психического комфорта родительских чувств любви, то есть все основания ожидать благоприятное развитие. В таких условиях расцвет природной сущности человека, его генетического потенциала в пределах заданной генотипом нормы реакции адаптации к окружающей среде получит максимальное выражение. Это и есть та созидательная, наполненная глубокими чувствами к людям общая установка, принятие всей палитры и многообразия жизни в целом, которую, как мы уже отметили, З. Фрейд называл эросом и связывал это мифологизированное понятие с философским пониманием Эмпедокла и Платона [30].

Схематично рассмотрим, какие же мы будем наблюдать формирующиеся качества личности при удовлетворении каждой из указанных базовых потребностей.

Удовлетворение потребности в безопасности порождает чувство свободы, которая имеет ограничение нравственностью. Удовлетворение потребности в уважении порождает любовь к себе и окружающим в понимании «братской» любви по Э. Фромму или по известному христианскому постулату «возлюби ближнего своего как самого себя». Иначе говоря, принятие себя, любовь к себе как к человеку является тем фундаментальным основанием, которое позволяет испытывать приязнь, принятие и любовь к другим, себе подобным. Этот тезис крайне важен в понимании любви родительской, когда после периода заботы о ребенке и поддержки его наступает важный период плавного отлучения его от себя, при котором формируется независимое новое «Я» и развиваются способности к горизонтальным контактам со

сверстниками, приобретает личный опыт самовыражения, утверждающий формирующуюся личность человека в индивидуальных и многообразных проявлениях. При такой интуитивной или осмысленной, жизненно трезвой позиции матери не существует проблемы психологической пуповины, борьбы чувств между подчинением и бунтом, привязанностью и враждебностью, любовью и ненавистью, эмоциональным взрывом и/или параличом.

Удовлетворение потребности в независимости порождает зрелую позицию принятия ответственности на себя, инициативность, креативность и неконформизм.

Если удовлетворяется потребность в доверии, то мы будем наблюдать спонтанное выражение личности, ее индивидуальных качеств, неповторимых выражений чувств, то есть тех человеческих качеств, благодаря которым мы отличаемся друг от друга и любим друг друга именно за непосредственное проявление широкой гаммы не приглушенных сознательно чувств и вариативности стилей поведения. Вряд ли мы проявим интерес или чувство симпатии друг к другу, если каждый шаг и высказывание будут находиться под высокой степенью контроля, а все внутренние чувства репрессированы в угоду общей конформной установке с ее атрибутами обезличивания, соглашательства и бесчувственности.

Удовлетворение потребности в интимности предопределяет развитие эмпатии, аутентичности, и мы глубже погружаемся в окружающее, наша контактная граница с окружающей средой становится более тесной, взаимопроникающей и взаимообогащающей. Удовлетворение потребности в могуществе в форме поощрения различных позитивных чувств, творческих идей и созидательных действий повышает витальную энергию и силу личности. И, наконец, при осознании, кто мы есть в окружающем мире, происходит постоянный рост личности, самопознания и возникает так называемый коперниковский поворот своего «Я», который метафорически можно выразить словами: «Я — звезда, и все окружающие меня тоже звезды». Но, к сожалению, такой сценарий скорее носит

черты идеала, к которому мы можем стремиться, ему необходимо учиться, и он должен осознаваться. Этот сценарий может выступать предпосылкой всей системы разворота комплекса биосоциальных наук о человеке в сторону формирования общезначимых идей общества и каждого его члена в рамках сопряженной системы «культура и личность» — психологической и социальной антропологии. В таком подходе заложены основы интеграции усилий прежде всего внутри профессиональной среды всех тех, кто призван помогать людям в приобретении знаний и умений, в социальных и психологических проблемах и в преодолении психических и телесных недугов.

В реальной жизни с самого начала человек на разных уровнях иерархии психической деятельности — от элементарных и простых эмоций до сложных интеллектуальных чувствований — сталкивается с фрустрацией базовых потребностей или их блокадами и утратами. Эти утраты могут быть мнимыми, иллюзорными или реальными, например, утраты работы и средств к существованию, здоровья и близких людей. Если мы проанализируем основные фрустрации базовых потребностей, то сможем понять, какие личностные человеческие переживания и состояния они порождают и какое направление в социальной работе является наиболее важной составляющей для конкретного индивида.

Фрустрация потребности в безопасности порождает экзистенциальный страх, разрушение потребности в уважении формирует низкую самооценку и потерю уважения к окружающим, блокада чувства независимости рождает созависимые отношения и конформизм, разрушение потребности в доверии погружает человека в систему негативных оценочных суждений и делает его подозрительным, фрустрация потребности в интимности создает манипулятивное поведение.

За этим фасадом возникают неудовлетворенность и чувство одиночества. Блокирование потребности в могуществе приводит к деморализации, самопораженческим установкам и невротическому стилю поведения. Препятствия на пути

осознания себя в окружающем мире формируют утрату идентичности своего «Я», и личность постепенно совершает «птолемеевский» поворот с возникновением эгоцентричности. Из этого вытекает фиксация на себе и нарушение непосредственного контактного соприкосновения с окружающей средой из-за внутриличностных и межличностных искаженных малоадаптивными способами психологических защит.

Таким образом, фрустрация базовых потребностей в итоге может породить некоторые обостренные в своей степени выраженности и увеличенные в количественном отношении негативные формы поведения, сопутствующие тому пролонгированному кризисному переходному периоду, который испытывает наша страна в целом и каждый человек в отдельности. Исходя из такого положения вещей, в настоящее время востребованность в образовании и специализации новой генерации специалистов в области социальной работы будет ежегодно нарастать, поскольку значение этой великой профессии пока еще не осознано государственными структурами и непонятна ее истинная роль для общества.

Дефиниция социальной работы и стратегия ее развития

Формулируя основы деятельности социального работника, прежде всего следует поставить вопрос: какая часть такой крупной междисциплинарной деятельности, как социальная работа, должна быть развита в медицинском университете и каковы целевые группы для оказания такой помощи? Прежде чем ответить на этот вопрос, определим понимание социальной работы в рамках концепции реконструкции образовательной системы университетского типа в сфере охраны психического здоровья.

Существуют разные представления о социальной работе и ее дефинициях. Наше понимание этой сферы человеческих знаний, специальности и практической реализации в обществе можно определить следующим образом. *Социальная работа является специфической мультидисциплинарной профессиональной формой деятельности в оказании содействия к самоактуализации личности и активной жизнедеятельности,*

а также разных видов материально-технической и социально-психологической помощи, поддержки и развития бытовых, психологических, поведенческих, профессиональных и социальных навыков у отдельных людей или групп населения с целью оптимальной для их психофизических возможностей адаптации к жизненным условиям и социальному функционированию.

Исходя из широкого спектра деятельности социальных работников, который простирается от социального менеджмента и разработки социальных технологий до работы с семьей, отдельного случая или социальной реабилитации лиц, имеющих инвалидность, хронические психические расстройства, можно представить необходимые объемы знаний и профессиональных направлений. В этом отношении социальная работа может восприниматься так же, как медицина или психология, в каждой из которых имеется много специальностей. По определению, социальная работа должна восприниматься как многообразная междисциплинарная область знаний, в большей степени связанная с психическим здоровьем человека. На основе исторического практического опыта поддержки и помощи отдельным людям, группам населения и содействия в решении их нереализованных или фрустрированных базовых потребностей социальная работа в конечном итоге стала иметь много общего с клинической психологией. В ней постепенно выделились специализации по многим направлениям: служба семейной поддержки, благополучия детей, помощь жертвам насилия, психическое здоровье, медицинская, педагогическая и психиатрическая социальная работа, помощь пожилым людям и др. [21].

Две стратегические линии социальной работы должны непрерывно развиваться во взаимосвязи и нарастающей сбалансированности: государственной и негосударственной. Первое общее положение государственной сферы деятельности в этой работе заключается в том, что социальный работник в современном российском обществе является опорой государства в сфере социальной политики. Вся иерархия руководства и система служб социальной защиты в обществе, ко-

торое по Конституции Российской Федерации провозглашено социальным, должны быть ориентированы на базовые физические, психические и социальные потребности людей для обеспечения достойного уровня и качества жизни всех слоев общества и каждого человека. Чтобы обеспечить такого рода стратегию в регуляции рыночной экономики со всеми ее особенностями и ориентацией, по определению, на прибыль и экономическую эффективность, она должна быть гуманизирована за счет создания в государстве и обществе приоритета социальной справедливости и социальной защиты населения.

Россия относится к странам переходного периода со средним уровнем ресурсов [2]. Сценарий развития стран, имеющих определенный, но недостаточный ресурс, инфраструктуру социальной поддержки и обслуживания уязвимых слоев населения по экономическим показателям, уровню жизни и параметрам психического и соматического здоровья может развивать определенные центры социальной помощи в крупных городах. Но в целом имеется значительный дефицит профессиональных ресурсов и отсутствие общих программ тех услуг, которые требуются для всего населения, для поддержки более или менее достойной человеческой жизни всех членов общества. На данном этапе в переходный период развития страны социальная политика не может быть реализована в полном объеме. Для сценария развития социального обслуживания населения Российской Федерации и вновь образованных государств в целом характерны эклектические модели помощи и социальной защиты.

В советский период социальная работа в основном была сфокусирована на принципах врачебно-трудовой экспертизы и практики социального обеспечения патерналистского типа — не «вместе» с клиентами, а «вместо» клиентов социальной службы. Старая система включала в себя такие проблемы, как пенсионное обеспечение, трудоустройство, обучение и переобучение инвалидов, обеспечение нетрудоспособных, социальную помощь людям с глухотой и слепотой.

В настоящий период все более широко развиваются разные формы поддержки и обслуживания населения, но стиль руководства остается

во многом по-прежнему конфиденциально-бюрократическим и остаточным по уровню финансирования. Несмотря

на то, что доля выпускников прежних советских управленческих школ в среде руководителей и сотрудников региональных отделов социальной защиты невелика и достигает 13%, по данным специальных исследований, по-прежнему неощущаются такие качества, как инициатива, способность осваивать новое, выходить за пределы рутинных функций. Иными словами, большинство респондентов не усматривают связи между карьерой и эффективностью труда, инициативностью работников. Общая оценка кадровой политики не связывается с профессиональными достижениями работников, а принципы и процедуры отбора и служебного продвижения не представляются достаточно прозрачными, ясными и объективными [1].

Несмотря на то, что декларируются самые передовые методы социальной помощи, такие как работа со случаем, семьей, целевой группой, общиной

(community) по месту жительства, существенный перевес в службах социальной работы пока еще представляют разного рода материальные поддержки и выдачи большого числа льгот и пособий уязвимым слоям населения. Следует также отметить, что в различных центрах социального обслуживания населения преобладают медицинские методы физической реабилитации, и очень мало служб ориентировано на обучение навыкам приспособления к текущим жизненным обстоятельствам и социально-психологическую поддержку и сопровождение в период трудных жизненных обстоятельств, кризисной ситуации или расстройств психического здоровья [19].

Вторая стратегическая линия развития социального обслуживания населения является негосударственной, при которой формируются общественные союзы, ассоциации, некоммерческие центры, берущие на себя ответственность за оказание помощи конкретным группам населения, которые объединены определенными недугами, болезнями или трудными жизненными обстоятельствами, порожденными в обществе, включая

стигматизацию, дискриминацию и нарушение прав человека. Некоммерческие центры такого рода являются проводниками биопсихосоциального подхода к тем или иным проблемам уязвимых слоев населения, в которых происходит накопление психических и поведенческих расстройств [7, 8, 26].

Социальная работа, психическое здоровье и межсекторальное сотрудничество

Для всех людей физическое, психическое и социальное здоровье являются важнейшими составляющими жизни, которые не только тесно взаимосвязаны, но и взаимозависимы [2]. По современным взглядам, подход к психическому здоровью должен быть общей задачей соматической медицины, психиатрии, клинической психологии и социальной работы [11]. Однако во многих странах мира, включая Российскую Федерацию и СНГ, общий акцент по-прежнему ставится на медицинскую помощь при соматических заболеваниях. Охрана психического здоровья является «золушкой» в здравоохранении, неясным «призраком» в формирующейся клинической психологии и образом «инвалида» или «умственно отсталого» в службах социальной работы. Человек, попадающий на санаторно-курортное лечение по линии департамента социальной защиты, вынужден скрывать наличие тревожного или депрессивного расстройства и прием соответствующих медикаментов в фазе продолжающейся или противорецидивной терапии, иначе он будет дискриминирован, несмотря на то, что является практически здоровым и не может по законодательству и правам человека быть лишенным общих санаторно-курортных оздоровительных мероприятий.

Образовательные системы по проблемам психического здоровья продолжают занимать периферическое место, стандарты носят устаревший характер, и преподавание преимущественно ориентируется на биомедицинскую модель непрерывного лечения психотропными средствами тяжелых хронических психических заболеваний. При этом социальное обслуживание, помощь и поддержка в большей степени подчинены госу-

дарственным нормативам социальной защиты, в которых главное место занимают различные виды материальной помощи, льготы, пособия, адресованные определенным уязвимым контингентам населения. К психически больным людям возникает двойственное или отвергающее отношение со стремлением передать их в ведение специализированной психиатрической службы.

В настоящее время каждый специалист, работающий с населением и имеющий практику, будь то психиатрия, клиническая психология или социальная работа, знает, что большинство соматических и психических болезней по своим условиям формирования являются результатом влияния и воздействия биологических, психологических и социальных факторов, а количество людей, имеющих различные расстройства и недуги во всех возрастах, чрезвычайно велико.

В сфере охраны здоровья людей и их социального благополучия достаточно хорошо изучены социальные факторы риска развития психических и поведенческих расстройств, а также соматических заболеваний, которые возникают в условиях снижения социально-экономического уровня жизни людей. Социальная диагностика на макроуровне этих факторов риска при понимании их связи со здоровьем населения и на микроуровне при ориентации на работу с конкретными случаями обосновывают широкий спектр специализаций в области социальной работы [19].

Перечислим установленные научными данными факторы риска, при которых возникают психические и поведенческие расстройства у взрослых, социальные девиации, отклоняющееся поведение, нарушение психологического развития — у детей и подростков, тяжелые условия жизни — у пожилых людей [26]. В последнем случае следует учесть, что «седая» революция в связи с непрерывным старением населения в дальнейшем более остро поставит социальные проблемы и вопросы создания специальных образовательных программ для деятельности социальных работников [2]. Чаще всего это будут случаи, при которых социальное функционирование и самостоятельный уход за собой

при ухудшении когнитивных процессов в старости, снижении психофизической активности и периодических состояниях спутанности являются частым явлением, требующим специальных знаний и навыков распознавания. Также необходимы оценки общей социальной диагностики как состояния пожилого и старого человека, так и ресурсов его семьи, окружения и социальной службы в целом.

К установленным социально-демографическим факторам повышенного риска развития психических и поведенческих расстройств относятся следующие:

- **Городские кварталы** — среда, сопряженная с целым комплексом общеизвестных факторов риска, таких как бедность, безработица, плохие жилищные условия, низкий уровень обучения в школах, повышенная частота психических отклонений среди родителей, конфликтные отношения в семьях, пьянство, употребление наркотиков.

- **Бездомность** является общей проблемой практически всех городов мира. Среди лиц без определенного места жительства накапливаются психические расстройства, и обычным психиатрическим службам не удается привлечь этих пациентов к себе. Поэтому социальное обслуживание населения в одной из своих многочисленных специализаций может включать обучение определенным действиям в решении такого рода проблемы через налаживание хорошо координированных отдельных структур межведомственного типа с интеграцией между собой служб общественного здравоохранения, психологического консультирования и социальной поддержки. Продуманное межсекторальное взаимодействие необходимо в данном случае для удовлетворения потребностей людей с соматическими заболеваниями, психологическими и социальными проблемами, которые в совокупности с утратой жилья и социальной дезадаптацией привели этих людей к сепарации от общества.

- **Бедность** в сельских районах имеет более широкие масштабы, чем в городах, поскольку в мире в сельской местности живет свыше 80% общего населения бедных людей. Основные сложности этого населения заключаются в обес-

печении топливом, сезонной безработице, ограниченной возможности получения полноценного образования и специальной подготовки, социальной изоляции, неразвитости социальной инфраструктуры. В силу этого жители сел особенно подвержены эксплуатации, болезням, в отдельных районах страдают от нехватки продовольствия и от голода. Следствием тяжелого быта в сельской местности является увеличение числа депрессий, суицидов, алкогольной и наркотической зависимости. Для социальных работников здесь имеется огромное поле деятельности, которое требует больших экономических и морально-психологических затрат, поддержанных общей продуманной политикой во взаимодействии с местной исполнительной властью.

- **Недостаточное или неполноценное питание** детей приводит к ухудшению их познавательных способностей, к отставанию в развитии, к стрессам и деморализации. Несбалансированное питание, недостаток йода и железа в организме беременных женщин может привести к порокам развития плода. Хронический голод ведет к деморализации, толкает на преступление, насилие, вынуждает к занятию проституцией, тяжелому подневольному труду. Женщины и дети особенно уязвимы к бедности.

- **Возрастная структура:**

- **Детско-подростковый период**

Оказывает заметное влияние на потребности в социально-психологической помощи и развитии знаний психических и поведенческих расстройств в этом возрасте. Половина населения мира — дети.

Во всем мире на детей оказывают влияние войны, трудовая

и сексуальная эксплуатация, незащищенность от ВИЧ-инфицирования, вынужденной миграции, которые связаны с экономическими и политическими причинами. У 20% детей и подростков до 18 лет диагностируются психические расстройства [28]. Суициды занимают третье место среди всех причин смертности в подростковом возрасте. Дети и молодые люди нуждаются, главным образом, в помощи при когнитивном дефиците с двигательной активностью, умственной отсталостью, при нарушениях, связанных с приемом

пищи, послеродовыми расстройствами, злоупотреблением наркотиками и расстройствами личности, попытками самоубийства [27, 28]. Эти проблемы касаются 20% населения Томской области

и каждой 10-й женщины моложе трудоспособного возраста [20]. Региональными проблемами Российской Федерации становятся эпидемическое распространение табакокурения, гашишизма среди молодых людей и потребление пива с двойным стандартом подхода к этой проблеме, низкой культурой формы потребления и практического отсутствия реакции общества на негативные последствия привычного приема психоактивных веществ для людей репродуктивного возраста.

— Зрелый работоспособный возраст

В этом возрасте в социальные службы чаще всего могут попадать люди, находящиеся за чертой прожиточного минимума, имеющие затруднительные жизненные обстоятельства, нестабильное семейное положение или одиночество. Наиболее часто у них встречаются депрессивные, тревожные, соматоформные расстройства и алкогольная зависимость. У части молодых женщин продолжают расстройства пищевого поведения, которые начались в юношеском возрасте. Особенно важна социальная поддержка и помощь в послеродовой и перименопаузальный период в связи с повышением депрессивных расстройств, которые провоцируются гормональными перестройками.

— Пожилой и старческий возраст

Геронтология в социальной работе должна представлять отдельную, мощно развитую специализацию ввиду социодемографического тренда в сторону постоянного старения населения. Наиболее часто социальным работникам приходится сталкиваться с семейными отношениями, депрессивными расстройствами пожилых людей, связанными с тревогой и фиксацией на различных неприятных ощущениях, с проблемами ухода за собой, невозможностью выполнения ими элементарных навыков. Чаще всего для этой возрастной группы необходимо создавать объединения и клубы по интересам с целью социальной интеграции и профилактики депрессий, неумеренного

употребления алкоголя. Также необходимо владеть навыками и ориентироваться в тактике ведения людей с когнитивными расстройствами разного уровня, инверсиями суточного ритма «сон — бодрствование», появлениями периодов спутанности сознания, дезориентировки и афато-апракто-агностических расстройств, нарастающих при болезни Альцгеймера, которая в целом в качестве бремени составляет около 14% от всех психических расстройств [14].

Дополнительно следует выделить еще ряд значимых факторов риска развития психических и поведенческих расстройств, с которыми, как правило, активно взаимодействуют социальные работники:

— беженцы (потеря культурной среды, домашнего очага, семьи, друзей, а также гонения, пытки, тюремное заключение, наркоторговля, наркотизация, алкоголизм);

— состав семьи, семейное положение (значительно повышается риск развития наркотизации в неполной семье, при одиноком проживании, при сиротстве);

— насилие, терроризм (жертвы насилия и террора страдают посттравматическим стрессовым расстройством, склонны к злоупотреблению наркотическими веществами и алкоголем, а также криминальной торговле и нелегальным перевозкам наркотиков);

— бедствия (около 30% людей, перенесших бедствия, имеют психические и наркологические проблемы);

— низкий профессиональный статус (повышен риск развития шизофрении, депрессий, тревоги, зависимости от алкоголя и наркотиков, отмечаются низкий уровень осознания своих недугов, поздняя обращаемость за помощью, менее благоприятные исходы);

— безработица (негативно влияет на психическое здоровье, включая сниженную самооценку, депрессию, тревогу и злоупотребление психоактивными веществами) [26].

Таким образом, в самих условиях образовательной системы специалиста по социальной работе важное место должна занимать подготовка по основам общественного здравоохранения с фокусированием на проблемах охраны психиче-

ского здоровья и тесном сотрудничестве межведомственного характера: от формирования структурно-функциональных связей между различными службами до создания междисциплинарных бригад и специализированных центров, в которых социальный работник, медицинская сестра — менеджер, клинический психолог и специалист в сфере охраны психического здоровья выступают единой командой в коммунальной системе помощи, приближенной к району обслуживания.

Психосоциальные и образовательные основы социальной работы с населением

В развитии современного образования социальных работников центральное место должен занимать случай (case history) с учетом все более совершенствующихся форм психосоциальных вмешательств. Особое значение этот подход получил в единой федеральной целевой программе Правительства РФ «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», рассмотренной и принятой на коллегии Министерства здравоохранения РФ в 2001 г. Важным в этой программе является постулат о развитии ответственности каждого члена общества за свое здоровье и здоровье своих детей, которая должна быть основана на признании высшей ценности — самоохранительного поведения и здорового образа жизни. Личное участие граждан — необходимая предпосылка успешной разработки и реализации стратегии, основанной на приоритете вопросов здоровья и направленной на профилактику заболеваний. В настоящее время значение профилактики, снижения заболеваемости, сохранения и укрепления здоровья недооценивается. В этом отношении социальные службы должны ориентироваться на поддержку различных видов организаций, которые могут выступать проводниками концепции здорового образа жизни, и через правильное распределение ресурсов от государственного института социальной защиты и обслуживания населения. Наряду с этим практика показывает, что новое тысячелетие в Восточной Европе началось с урезания бюджета социаль-

ных служб. Причем проблемы психосоциальной реабилитации в Литве показали, что в наиболее уязвимом положении оказались вновь созданные службы с опорой на сообщество [25], то есть те организации, которые проявляют инициативу и способствуют продвижению социальной помощи и обслуживания населения по месту жительства.

Современная и основная направленность в деятельности специалиста по социальной работе

Социальная сеть по своей развернутости в реализации задач психологической помощи людям, переживающим временные и пролонгированные кризисные состояния, пока еще находится в стадии развития [7, 8]. Учреждения социальной защиты во многом остаются полузакрытыми ведомственными системами, хотя в любом центре практического социального обслуживания присутствует достаточно выраженная медико-психологическая составляющая. Между бюрократической ведомственной системой и реальной междисциплинарной практикой в социальной работе существуют значительные расхождения в теоретических и методических подходах и оценках.

Однако если оценивать основную роль социального работника, то он является специалистом, уполномоченным государством оказать помощь человеку, находящемуся в трудной жизненной ситуации. В Федеральном законе «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» (от 15.11.1998 г.) указывается, что социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации. При этом ст. 3 этого закона, описывая основные понятия, вносит следующее важное для организации экстренной социально-психологической помощи определение: «Трудная жизненная ситуация — ситуация, объективно на-

рушающая жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), которую он не может преодолеть самостоятельно». Исходя из закона и ориентации в специализации по социальной работе в медицинском университете наиболее рационально поставить вопрос о социальных и психосоциальных болезнях, расстройствах и кризисных состояниях, требующих определенной диагностики, тактики ведения и социопсихологического вмешательства со знанием основ соматической медицины, неврологии и психиатрии, клинической психологии и психотерапии [8, 11]. Почему мы ставим именно такую образовательную рамку в подготовке специалиста по социальной работе в Сибирском государственном медицинском университете? Как видно из закона и перечня ситуаций, нарушающих жизнедеятельность человека, они преимущественно складываются из индивидуальных или популяционных факторов, которые нарушают психическое и физическое здоровье, качество жизни и социальное функционирование.

Рассмотрим возможность выделения так называемых социальных болезней. Их обычно определяют как болезни, на возникновение и распространение которых определяющее влияние оказывают неблагоприятные социально-экономические условия. К социальным болезням обычно относят туберкулез, венерические болезни, СПИД, алкогольную зависимость, наркоманию [18]. Однако, по современным данным, при оценке бремени болезней по метрическому показателю — годы жизни, скорректированные на инвалидность (DALY) — во всем мире одно из главных мест занимают заболевания, связанные с диареей, перинатальные состояния, дорожно-транспортный травматизм, насилие, белково-калорийная недостаточность, которые также зависят от социальных условий [2]. Кроме того, нет общепринятой классификации социальных болезней, поскольку социальные факторы прямо или косвенно являются условиями формирова-

ния любых заболеваний. Аналогичным образом следует рассматривать неправомочность широкого выделения психосоматических расстройств. Выделение отдельных соматических и психических заболеваний в эту группу, по сути, ограничивает основное направление психосоматической медицины, поскольку ее задача заключается в поиске и установлении связей психологических факторов в развитии болезней и психологических переживаний с соматическими процессами. Из психосоматического направления вытекают определенные исторически развиваемые подходы и методы, которые могут опираться на принцип комплементарности или эмерджентного психонейронального монизма, включая такие нон-дуалистические концепции, как психонейроиммунология и психонейроэндокринология [6], а также системы взглядов, разрабатываемые интегративной антропологией [13]. Данный подход носит мультидисциплинарный синтетический характер и должен получить свою философскую концептуализацию об иерархических межсистемных взаимосвязях между различными уровнями интегральной индивидуальности человека и их проявлениях при различных состояниях [9, 13]. Впрочем, этот процесс обобщения в России уже начался и находит выражение в развитии биомедицинской, клинической, биосоциальной, педагогической, социальной и философской антропологии [4, 5, 9, 10, 12]. Отдавать предпочтение одним заболеваниям и расстройствам, которые было принято относить к психосоматическим, — значит априорно ограничивать роль и значение психологических факторов при других состояниях и расстройствах.

Итак, возвратимся к понятию «трудная жизненная ситуация». В подготовке социальных работников с ориентацией на деятельность в здравоохранении и в уязвимых группах населения наиболее тождественны понятия кризисной реакции и кризисного состояния. Их определения четко разработаны ВОЗ и социально-психологическая оценка острой или пролонгированной реакции на стресс наиболее адекватна для специалистов в сфере охраны психического здоровья на начальном этапе помощи [6, 7, 29].

Исходя из этих положений, во всех технологиях социальной работы должна быть развита система знаний об основных соматических, психических и поведенческих расстройствах согласно принятой ВОЗ классификации МКБ-10 [2]. Эти знания обосновываются следующими положениями, связанными с психическим здоровьем человека:

— значение охраны психического здоровья бы-

ло принято ВОЗ с момента ее создания и получило свое отражение в Уставе ВОЗ не только как «отсутствие болезней или недуга», но и как «состояние полного физического, психического и социального благополучия»;

— психическое, физическое и социальное здоровье являются важнейшими составляющими жизни, они тесно взаимосвязаны и взаимозависимы;

— современная концепция психического здоровья намного шире, чем просто отрицание наличия психических расстройств, и среди многих характеристик субъективного благополучия основные имеют социальное выражение (самооценка, автономность, компетентность, самоактуализация и др.);

— большинство физических и психических болезней являются результатом сочетания биологических, психологических и социальных факторов;

— мозговая деятельность, которая выражается в психических процессах и поведении, не является только результатом следствия сложных генетических программ или результатом окружающей среды и социума. Наследственность и среда вовлечены в сложные взаимоотношения на протяжении всей жизни человека и являются очень важными в оценке развития и течения психических расстройств [2].

На основании этих положений возникают современные предпосылки к обоснованию концепции подготовки специалистов по социальной работе для здравоохранения и тактики ведения лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами.

Факультет социальной работы в сфере охраны психического

здоровья и социальный капитал

Резюмируя общие предпосылки, исторические и современные основы направления и развития социальной сети для различных слоев населения и отдельных граждан, позволим себе в краткой форме окончательно обосновать необходимость открытия факультета социальной работы в Сибирском государственном медицинском университете.

Начатый в нашем университете процесс реконструкции университетского образования в сфере охраны психического здоровья включает в себя последовательное открытие новых факультетов и кафедр, укрепляющих медико-гуманитарный комплекс наук о человеке, что может явиться важным вкладом в общее стратегическое развитие социальной политики в сфере охраны психического здоровья населения Томской области. Улучшение качества жизни, ее продолжительность, социально-демографические показатели, состояние психофизического и репродуктивного здоровья являются интегральными характеристиками благополучия и стабильности общественной жизни. Достижение этих высоких показателей в стабильном обществе уже давно определяется не только экономическим или гуманитарным капиталом, то есть финансированием и уровнем трудоспособности населения, но и способностью создавать широкое образовательное, культурное, коммуникативное, толерантное социальное пространство. Наибольшее значение в этом смысле приобретает социальный капитал, который в своем широком толковании охватывает нормы, отношения и социальные сети, формальные и неформальные институты, определяющие характер и качество взаимодействия между общественным и индивидуальным, государством и отдельными гражданами и/или их союзами самого разного типа. Самым высшим показателем обильного и эффективного социального капитала является социальная сплоченность общества. В свою очередь, в основе социальной сплоченности лежит не расслоение общества, а интеграция по единым целям, общим ценностям, устойчивой иден-

тичности, общему видению будущего и способам реализации этого видения.

Подготовка, воспитание и образование специалистов по социальной работе в Сибирском государственном медицинском университете будет основана на лучших исторических его традициях в области служения людям и оказания им помощи. Современная методология биопсихосоциального подхода к клиентам социальных служб и пользователям психологических, психотерапевтических и психиатрических услуг должна быть основной парадигмой обучения. При этом ориентация на личностные и индивидуальные возможности нуждающихся в помощи людей и создание для них социальной сети станут, возможно, скромным вкладом нашего университета в общероссийский институт социальной поддержки, обслуживания и защиты людей российского общества.

Литература

1. *Виноградова Е.* Государственное управление в социальной сфере // Социальный капитал и социальное расслоение в России / Под ред. Дж.Л. Твигг, К. Шектер. М.: Альпина Лаблшер, 2003. С. 50—72.
2. *Доклад* о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. ВОЗ, 2001. 215 с.
3. *Дюркгейм Э.* Самоубийство: Социологический этюд. М.: Мысль, 1994. 399 с.
4. *Григорьян Б.Т.* Философская антропология: Критический очерк. М.: Мысль, 1982. 188 с.
5. *Гуревич П.С.* Философская антропология. М.: Вестник, 1997. 443 с.
6. *Корнетов Н.А.* Психогенные депрессии (клиника, патогенез). Томск: Изд-во Том. ун-та, 1993. 239 с.
7. *Корнетов Н.А.* Социально индуцированные пролонгированные кризисные состояния в период кардинального переустройства общества // Неотложная психиатрическая помощь в зоне катастроф и кризисных состояний. Владивосток — Томск. 1996. С. 50—53.
8. *Корнетов Н.А.* Кризис общественного сознания // Современные образовательные стратегии и духовное развитие личности. Томск: Изд-во Томск. пед. ун-та. 1996. С. 6—10.
9. *Корнетов Н.А.* Клиническая антропология: от дифференциации к интеграции в медицине (передовая статья) // Сиб. мед. журн. 1997. < 3—4. С. 5—13.
10. *Корнетов Н.А.* Клиническая антропология в психиатрии. Томск: Изд-во Томск. ун-та, 1998. 112 с.
11. *Корнетов Н.А., Эфтимович Л.Е., Дубовская Л.Н., Попова Н.М.* Межведомственная неотложная антикризисная социально-психологическая (суицидологическая) служба — Томская модель: Методические рекомендации. Томск, 1999. 43 с.
12. *Кузин В.В., Никитюк Б.А.* Интегративная педагогическая антропология. М.: ФОН, 1996. 164 с.
13. *Никитюк Б.А., Корнетов Н.А.* Интегративная биомедицинская антропология. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1998. 182 с.
14. *Образовательная программа по депрессивным расстройствам WPA/PTD. Модуль 1: Обзор и основные аспекты (с прил.)* // Пер. с англ. под общ. ред. Н.А. Корнетова. Киев: Сфера, 2002. 62 с.
15. *Петров Ю.В.* Антропологический образ философии // Философия человека. Томск: Изд-во НТЛ, 2002. С. 451—797.
16. *Роджерс К.* Клиент-центрированная психотерапия. М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 512 с.
17. *Соловьев В.С.* Спор о справедливости: Сочинения. М.: ЭКСМО-Пресс; Харьков: Фолио, 1999. 864 с.
18. *Социальная политика, уровень и качество жизни.* Словарь. М.: Изд-во ВЦУЖ, 2001. 288 с.
19. *Социальная работа /* Под общ. ред. проф. В.И. Курбатова. Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. 480 с.
20. *Статистический ежегодник.* Стат. сб. Томск: Томскоблкомстат, 2002. 272 с.
21. *Тодд Дж., Богарт А.К.* Основы клинической и консультативной психологии / Пер. с англ. СПб.: Сова; М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 768 с.
22. *Русский космизм: Антология философской мысли /* С.Г. Семенова, А.Г. Гачева. М.: Педагогика-Пресс, 1993. 368 с.
23. *Ушинский К.Д.* Человек как предмет воспитания. СПб., 1881. 286 с.
24. *Фирсов М.В.* История социальной работы в России. М.: ВЛАДОС, 2001. 256 с.
25. *Germanavicius A.* Psychosocial Rehabilitation Lessons from Lithuania // Mental Health Reform. 2001. < 4. P. 9—12.
26. *Jenkins R, McCulloch A., Parker C.* Supporting governments and policy-makers. WHO. Geneva, Switzerland. 1998. 51 p.
27. *Leibson C.L., Katusic S.K., Barbaresi W.M.J. et al.* Ust and cost of medical care of children and adolescent with and without attention deficit/hyperactivity disorder // JAMA. 2001. V. 285. P. 60—66.
28. *Okasha A.* The Presidential WPA Program on Child Mental Health (Editorial) // World Psychiatry. 2003. V. 2. < 3. P. 129—130.
29. *The Lexicons of Psychiatry by World Health Organization.* Second Edition. WHO. Geneva, 1994. 176 p.
30. *Freud Z.* Au-dela du princip de plaisir // Essais de psychanalyse. Paris: Payot. 1951. P. 5—75.

Поступила в редакцию 15.07.2004 г.