

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского»

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Учебное пособие

Нижний Новгород
2020

УДК 316; 364
ББК 60.5
Ф-62

Учебное пособие

Рецензенты: *Н.И. Ловцова* – доктор социологических наук, профессор, заместитель директора по учебной работе Института естествознания и спортивных технологий Московского городского педагогического университета, профессор кафедры физического воспитания и безопасности жизнедеятельности;

И.А. Григорьева – доктор социологических наук, профессор, профессор Санкт-Петербургского государственного университета, ведущий научный сотрудник Социологического института Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН

Научный редактор: *З.Х. Саралиева* – доктор исторических наук, профессор, профессор Национального исследовательского Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского

Ф-62 **Фирсов М.В.** Основы клинической геронтологической социальной работы / М.В. Фирсов, З.Х. Саралиева, С.А. Судьин, А.А. Черникова. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2020. – 189 с.

ISBN 978-5-93116-218-8

Представленное пособие раскрывает современные тенденции развития и становления нового направления социальной работы в Российской Федерации – клинической геронтологической социальной работы. Раскрыты основные тенденции, модели, технологии и описания работы с гериатрическими клиентами, существенные характеристики геронтологических клиентов в контексте биопсихосоциальных подходов. Пособие может быть рекомендовано студентам старших курсов, обучающихся по направлению социальная работа, а также специалистам-практикам социальной работы, социальной реабилитационной работы, психологам социальной сферы, работающим с пожилыми и престарелыми клиентами.

Учебное пособие подготовлено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований в рамках проекта № 19-011-00889 «“Старикам везде у нас почет?” Ресурсность старшего поколения в континууме от преклонения до эйджизма» (2019–2021 гг.)

ISBN 978-5-93116-218-8

УДК 316; 364
ББК 60.5

© М.В. Фирсов, З.Х. Саралиева,
С.А. Судьин, А.А. Черникова,
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

РАЗДЕЛ I МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАКТИКИ КЛИНИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Глава 1. ИНСТИТУЦИАЛИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ	6
1.1. Оформление клинической социальной работы	6
1.2. Оформление клинической социальной работы в первой трети XX столетия	7
1.2.1. Оформление клинической социальной работы в рамках диагностического подхода	7
1.2.2. Оформление клинических подходов к практике социальной работы в учреждениях здравоохранения и психиатрической помощи.....	11
1.2.3. Внедрение психоаналитических подходов З. Фрейда в систему подготовки и практику социальных работников	14
1.3. Клиническая социальная работа в рамках интегративной практики 50–90 гг. XX столетия	16
1.3.1. Интегративные модели индивидуальной социальной работы во второй половине XX века	16
1.3.2. Развитие интегративных подходов в практике социальной работы в здравоохранении и психиатрии	25
1.3.3. Обоснование клинической практики социальной работы в рамках профессиональных ассоциаций.....	28
1.4. Развитие клинической теории и практики социальной работы в рамках национальных ассоциаций.....	29
1.5. Клинические дискурсы социальной работы в современной практике социальных услуг населению.....	32
1.6. Концептуальные основы клинической практики социальной работы.....	35
Глава 2. ОБЩАЯ МОДЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ	38
2.1. Объекты профессиональной деятельности клинической социальной работы	38
2.2. Общая модель клинической социальной работы в стационарных учреждениях.....	39
2.2.1. Философия клинической социальной работы	39

2.2.2. Философия оценки в клинической модели социальной работы.....	41
2.2.3. Технология клинической социальной работы в учреждениях социальной защиты	45
Глава 3. ЖИЗНЕННЫЙ СЦЕНАРИЙ ЧЕЛОВЕКА В КОНТЕКСТЕ СО- ЦИАЛЬНО-ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА	55
3.1. Теоретические подходы к жизненному циклу человека	55
3.2. Социально-геронтологический подход к изучению жизненного сце- нария человека	59
3.3. Этап социальной интеграции человека: проблемы развития и стаг- нации	64
3.4. Этап социального функционирования и проблем развития и инво- люции	72
3.5. Этап сохранения неутраченных функций и процессы инволюции	85

РАЗДЕЛ 2

ПОЖИЛОЙ ЧЕЛОВЕК В КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

Глава 4. ПОЖИЛОЙ ЧЕЛОВЕК КАК СУБЪЕКТ И ОБЪЕКТ ГЕРОНТО- ЛОГИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.....	87
4.1. Общие подходы к процессам возрастной периодизации человека	87
4.2. Биологические траектории пожилых людей	88
4.3. Психологические траектории пожилого человека	91
4.4. Социальные траектории пожилого человека	95
Глава 5. ПОЖИЛОЙ ЧЕЛОВЕК КАК ОБЪЕКТ И СУБЪЕКТ КЛИНИЧЕ- СКОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.....	98
5.1. Биопсихосоциальное состояние пожилых людей в аспекте медицин- ских проблем.....	98
5.1.2. Биопсихосоциальные проблемы пожилых людей с инвалидно- стью	108
Глава 6. ОСНОВНЫЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА В КОНТЕКСТЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.....	113
6.1. Основные гериатрические синдромы людей пожилого и престаре- лого возраста	113

6.2. Деменция как процесс изменения личности и жизненного сценария пожилого человека	116
6.3. Этиопатогенетические разновидности деменции. Сосудистая деменция.....	118
6.4. Институционализация подходов к депрессии в социально-гумани- тарном познании	125
6.5. Общие характеристики депрессивных состояний у пожилых людей.....	131
6.6. Социально-психологические факторы, мультиморбидные состояния и психотические проявления как триггеры депрессии у пожилых людей	134

РАЗДЕЛ 3

ТЕХНОЛОГИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Глава 7. ОБЩАЯ МОДЕЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕ- СКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ.....	144
7.1. Общие принципы и подходы к интегративной геронтологической модели социальной работы.....	144
7.2. Особенность построения интегративной геронтологической модели социальной работы	146
7.3. Особенность оценки в геронтологической социальной работе	149
7.4. Социально-психологические особенности работы с пожилым чело- веком на стадии оценки	151
Глава 8. КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКАЯ СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА ПРИ ДЕМЕНЦИИ	154
8.1. Основные технологии клинической геронтологической социальной работы с клиентами при деменции.....	154
8.2. Основные техники валидационной терапии	157
8.3. Валидационные методы терапии при синдромах болезни Альцгей- мера	163
Глава 9. КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКАЯ СОЦИАЛЬНАЯ РА- БОТА ПРИ ДЕПРЕССИИ.....	166
9.1. Особенности оценки при работе с депрессивными клиентами в кли- нической геронтологической социальной работе	166
9.2. Технологии социальной работы с депрессивными состояниями по- жилых людей	168
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	180

РАЗДЕЛ I

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАКТИКИ КЛИНИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

ГЛАВА 1

ИНСТИТУЦИАЛИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Клиническая практика социальной работы в начале XX столетия прошла свое оформление и развитие во многих странах мира. Эта практика была связана с непосредственной деятельностью социального работника и клиента в ситуации «один-на-один», или «лицом-к-лицу», когда помощь оказывалась исходя из потребностей клиента или его окружения, семьи, социальной группы.

1.1. Оформление клинической социальной работы

Понятие клиническая социальная работа зародилось и оформилось в практике американкой социальной работы, а затем ее опыт был транслирован на все страны мира благодаря Мировой ассоциации школ социальной работы.

Проследить становление клинической социальной работы в ее основных направлениях и формах можно на основе американской версии индивидуальной социальной работы, которая оказала большое влияние на мировые школы социальной работы в Западной Европе, особенно в первой половине XX столетия. После Второй мировой войны влияние этой школы распространилось на страны Азиатско-Тихоокеанского региона, Британского содружества, Индию, Китай и страны Латинской Америки, а в конце XX века на страны Восточной Европы и Российскую Федерацию.

Становление теории и практики клинической социальной работы можно разделить на три больших этапа:

1. становление клинической теории и практики социальной работы в рамках диагностических и функциональных подходов социальной работы – 10–40-е годы XX в., а также практики социальных работников в медицинских и психиатрических учреждениях;

2. развитие клинической социальной работы в рамках интегративной практики социальной работы, когда оформляется система подготовки клинических социальных работников в рамках профессиональных школ и национальных университетов – 50–90-е годы XX столетия;

3. развитие клинической теории и практики социальной работы в рамках национальных ассоциаций, когда оформляются и совершенствуются профессиональные и образовательные стандарты клинических социальных работников – с конца XX века по настоящее время.

1.2. Оформление клинической социальной работы в первой трети XX столетия

Клиническую версию социальной работы в этот период определили три основные тенденции:

1. развитие практики индивидуальной работы со случаем на основе медицинской модели, диагностической школы социальной работы;

2. оформление подходов к практике социальной работы в учреждениях здравоохранения и психиатрической помощи;

3. внедрение психоаналитических подходов З. Фрейда в систему подготовки и практику социальных работников.

1.2.1. Оформление клинической социальной работы в рамках диагностического подхода

Подходы к клинической социальной работе на основе *индивидуальной работы* со случаем начинают формироваться в деятельности патронажных работников ювенальных судов в начале 20-ых годов.

Патронажные работники благотворительных организаций, предлагавшие альтернативные методы наказания малолетних преступников, выступали за всестороннее исследование, объективное изучение всех обстоятельств, повлиявших на совершение противоправного поступка несовершеннолетними. Как писала классик социальной работы *М. Ричмонд*, необходимо было привлечь «дополнительные факты» в окружающей среде и изучить индивидуальные особенности ребенка.

Подходы альтернативного наказания несовершеннолетних преступников требовали научно обоснованного анализа их поступков в контексте средовых и индивидуальных факторов.

Анализ средовых факторов жизнедеятельности ребенка первоначально включал: информацию о его семье, окружении, его поведении в школе, со сверстниками. Однако постепенно в дополнение к средовому анамнезу специалисты начинают включать результаты медицинского и психического освидетельствований детей, особенно когда патронажные работники стали обосновывать свои оценки ситуации на основе исследований Института невропатии, который возглавлял известный психиатр *В. Хилли*.

Эти подходы в дальнейшем определяют основу медицинской модели социальной работы, основательницей которой считают *М. Ричмонд*, предложившей обоснование диагноза формировать на основе следующих факторов:

- физических факторов;
- характера субъекта;
- информации о физической среде;
- психических и духовных факторов клиента.

Патронажную практику социальных работников на такой основе исследовательница, обозначила в своей книге «Социальные диагнозы» (1917) как «*клиническую практику социальной работы*»¹.

В данной книге были описаны подходы к диагностике не только к клиентам, которые требовали сопровождения, например, мигранты, семьи, оставшиеся без кормильца, лица, совершившие противоправные действия. Большое место уделялось работе с людьми, потерявшими зрение, страдающими алкогольной зависимостью, «страдающими психическим расстройством, слабоумием».

Расширяя практику, социальные работники совершенствовали диагностические методики и клинические технологии поддержки клиентов.

Развитие теоретических подходов к клинической социальной работе, как считают зарубежные исследователи, нашло отражение в другом исследовании *М. Ричмонд* «Что такое социальная работа?» (1922). В этой работе уже просматриваются систематизированные подходы психоаналитической теории *З. Фрейда*, особенно к ситуации клиента, которая осмысливается как «продукт» прошлого и настоящего, истории семьи и факторов окружающей среды.

Конкретизируя понятие «социальное», она считала, что «окружение перестает быть окружением только в пространстве, оно расширяется до горизонта человеческой мысли, до границ его способности поддерживать отношения и сужает-

¹ Richmond M.E. Social Diagnosis, 1917. P. 9–10.; Социальные науки: Реферативный сборник: Mary Ellen Richmond. Social diagnosis. Перевод с англ. Сухова Е.Н. / Составитель и научный редактор З.Х. Саралиева. – Вып. 7. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2012. 495 с.

ся до исключения всего, что не оказывает реального влияния на его эмоциональную, умственную и духовную жизнь»¹.

В этом подходе можно найти истоки биопсихосоциального подхода, который станет основой модели клинической социальной работы в конце XX века.

М. Ричмонд сформулировала подход, который найдет отражение в клинических интервенциях социальной работы. С одной стороны, он будет учитывать и внутренний мир клиента, и его окружение как средство терапевтических изменений. Исследовательница определила их как стратегии косвенного и прямого, непосредственного, лечения.

Косвенное и прямое лечение становятся основными видами интервенций, воздействующими на социальное функционирование клиента.

Косвенное воздействие было связано с уменьшением нагрузки окружающей среды, а также расширением воздействий на клиента, используя возможности средовых ресурсов, которые давали возможность всесторонне реализовывать планы интервенций.

Прямое воздействие, «ум на ум», способствовало реорганизации непродуктивных моделей мышления в ситуации стрессовых состояний, а также улучшать психосоциальное функционирование клиента.

Помощь клиентам основывалась на базе психосоциального исследования, диагностики и процесса планирования, которые позволяли раскрывать особенности этиологии проблемы клиента и на основе диагностики, анамнеза выстраивать технологию лечения.

Психоаналитическая теория *З. Фрейда* находит отражение и в других исследованиях данного периода, она дала импульс для других исследователей, которые стали практиковать подходы диагностического направления социальной работы.

Главное, что привлекало профессионалов в этот период, так это тот факт, что объяснение проблемы клиентов невозможно было понять только исходя из его социально-экономических потребностей и «условий окружающей среды». Диагностический подход и методы исследования проблем клиента на основе психоанализа начинают переносить в систему семейных отношений, где рассматривают не только асоциальные, но и процессы дизонтогенеза, влияющие на проблемы семьи. Большую роль в этой связи сыграли работы *Г. Маркус* «Аспекты помощи в семейной социальной работе» и «Психическая гигиена и социальная работа» *М. Кенуорти и П. Лу* (1929)².

¹ Richmond M.E. What is social casework? An introductory description. New York: Russell Sage Foundation, 1922. P. 99.

² Mehmet Zafer Dan and Amra Kirbaç The Historical Development of Social Work Practice With Individual // Middle-East Journal of Scientific Research. 2013. 14 (5). P. 707.

Последующая практика диагностического подхода в индивидуальной работе со случаем начинает оформляться в логике психосоциального метода помощи. Как считают исследователи, одной из первых работ в этом направлении была книга Г. Хамилтон «Теория и практика социальной работы со случаем», которая вышла в 1940 г., где дается обоснование инновационного подхода к диагностике, экспресс методы психосоциальных проблем клиента. С данных позиций человек осмыслялся в контексте всех его связей с окружающей средой. Как считают исследователи, с ее теоретических разработок начинается психосоциальный подход к проблемам клиента в практике социальной работы.

Однозначного подхода к появлению термина «психосоциальный» в теории и технологии социальной работы нет. Например, Х. Нортен считала, что термин психосоциальный был предложен американским социологом Ф. Тернером, значительно раньше работ Г. Хамилтон. В социальных науках он оформляется уже в 30-е годы, но используются в социальной работе позднее, когда появляется научный и практический интерес к взаимосвязи человека и среды¹. По мнению Ф. Холлис, данный термин предложил социолог Ф. Хенкинс на американском социологическом конгрессе².

Г. Хамилтон продолжает традиции диагностического подхода, однако она углубляет подходы к диагнозу не только на основе теории З. Фрейда, но на основе эгопсихологии, теории психодинамики.

Большое влияние на ее подходы оказал психолог Х. Мюррей. Исследователь осмыслял особенности взаимоотношения человека со средой, где средовые условия определяли поведение субъекта. «Организмический», целостный, подход Х. Мюррея берется в качестве методологической установки Г. Хамилтон при анализе проблемной ситуации в единстве социальных и психологических факторов, определяемых как «личность-в-ситуации». Этот целостный, гештальт-подход будет основой в психосоциальной технологии, а принцип организмической перспективы станет базовым в системе интервенций данных технологий.

Можно констатировать, что из концептов Х. Мюррея другой теоретик и практик психосоциального подхода Ф. Холлис возьмет понятие «средовый пресс», который будет применяться при описании сил, влияющих со стороны окружающей среды на потребности клиента, его психологическое состояние, отношения с индивидами, группами, социальными институтами.

Г. Хамилтон определяла два важнейших компонента в психосоциальном подходе: диагностику и процесс лечения.

¹ Norten H. Clinical social work. N-Y: Columbia University Press, 1994. P. 19.

² Hollis F., Woods M. Casework a psychosocial therapy. N-Y: Random House, 1981. P. 16.

Диагностика базируется на следующих основных положениях:

- ✓ социальный работник познает потребности клиента и на основе их оценки приходит к пониманию, какая помощь необходима клиенту;
- ✓ социальный работник осмысляет понимание проблемы клиентом и уточняет его приоритеты в технологиях помощи;
- ✓ социальный работник на основе понимания проблемы клиентом и его приоритетов в принятии технологий помощи выбирает факторы и технологии, которые должны способствовать укреплению его Эго и адаптации к средовым условиям.

Лечение клиента осуществляется на основе дифференцированных подходов в зависимости от его потребностей. Однако логика технологий помощи реализуется в направлении непосредственной или косвенной помощи клиенту.

Косвенный метод поддержки реализуется через окружающую среду, различные социальные институты, программы медицинской, социальной, финансовой, образовательной помощи.

Непосредственный метод реализуется через технологии вентиляции, психологической поддержки, консультирования, на основе построения межличностных отношений клиента и социального работника¹.

1.2.2. Оформление клинических подходов к практике социальной работы в учреждениях здравоохранения и психиатрической помощи

Клиническая социальная работа оформлялась не только в рамках диагностической школы работы со случаем. Параллельно развитие осуществлялось в учреждениях здравоохранения и психиатрической помощи.

Можно отметить, что клиническая социальная работа в учреждениях здравоохранения и психиатрической помощи имела давние традиции в американской практике. Свою институционализацию она начинает с середины XIX века благодаря усилиям «матерей-основательниц» социальной работы. Известный деятель в области социальной работы *Д. Дикс* еще в 1843-1853 гг. организует первые государственные психиатрические учреждения, которые получили свое оформление в начале XX века².

Как считают исследователи, исторически сложилось так, что термины клинической социальной работы и медицинской социальной работы в начале XX века начинают рассматриваться как синонимы в директивной практике, по-

¹ Hamilton G. Theory and Practice of Social Case Work. New York: Columbia University Press, 1940. P. 388.

² Фирсов М.В. История социальной работы. – М.: Академический проект, 2007. С. 188.

скольку клиническая поддержка реализовывалась в учреждениях здравоохранения и психиатрии¹.

Клиническая практика социальной работы в здравоохранении и психиатрии разворачивается по двум направлениям: *микроработы* – работа с индивидуумами, семьями, малыми группами и работа в *макросреде* на уровне территориальных образований, администрирования и политики. Такой подход в дальнейшем определит модель клинической социальной работы, когда она будет представлена, в том числе и в XXI веке, и на уровне работы с отдельным клиентом, и работы в комьюните, причем в образовательных учреждениях будут готовить специалистов по двум направлениям.

Первое направление клинической работы со случаем кристаллизуется в медицинской практике Городского госпиталя в г. Кливленда в 1900 г. Однако, как считают исследователи, одними из первых практических работников в области психического здоровья были сотрудники Массачусетского генерального госпиталя во главе с доктором Р. Каботом, который не только определял деятельность социальных работников в данном учреждении, но и организовывал их подготовку в колледже Симмонса².

Клиническая практика социальной работы в психиатрии возникает в 1904 г., и начало этой деятельности было положено психиатром *А. Майером* в государственной больнице Манхэттена, когда он попросил свою жену «дополнить» лечение больных посещением их семей, понимая, что «источники болезни» находятся, в том числе, и в обществе. Одним из первых социальных работников, которая была принята на работу в 1909 г. в психиатрическое учреждение, была *Х. Хортон*.

Однако, как считают исследователи, пионером ранней клинической психиатрической помощи необходимо считать *М. Джаррет* – директора отдела социального обслуживания Бостонской Психопатологической больницы. В 1918 г. она разрабатывает программу восьминедельной подготовки социальных работников для оказания помощи психиатрическим больным, в 1919 г. эта программа преподается в колледже Смита. Именно М. Джаррет вводит понятие психиатрический социальный работник, и она стояла у истоков основания американской Ассоциации психиатрических социальных работников.

В 20-х годах открываются отделения детской психиатрической помощи под патронажем Фонда Содружества. Социальные работники выступали в качестве

¹ Pool D. Health Care: Direct practice / Encyclopedia of Social Work. Nasw Press, 1996. P. 1156.

² Carlton T. Clinical Social Work in Health Setting. N-Y: Springer, 1984.

посредников между детьми с проблемами психического здоровья и родителями. В ситуации, когда специализированных детских психиатров не хватало для оказания психиатрической помощи, социальные работники постепенно выступали основными субъектами помощи. В период Великой депрессии 30-х годов психиатрические социальные работники вынуждены были перейти в государственные службы, чем, в свою очередь, обогатили технологии социальной работы новыми методами помощи¹.

Другим направлением в развитии практики клинической работы была деятельность профессионалов в селтльментах. Она имела профилактическую направленность, затрагивала различные области от эпидемиологии до проблем психического здоровья, от краткосрочных методов помощи до пролонгированных во времени моделей поддержки как людей с психическими проблемами, так и организации паллиативной помощи. Эта деятельность была возглавлена *Дж. Аддамс и Э. Эбботт*².

Э. Эббот большое внимание уделяла подготовке клинических социальных работников. Свою практическую образовательную деятельность она реализовала в Чикагском университете.

Как считает *Х. Нортен*, она одной из первых вводит термин «клиника» применительно к индивидуальной, групповой практике в социальной работе³.

Однако она рассматривала клинику не на уровне отдельного вида терапии, что позволяло социальным работникам «выйти из границ благотворительного подхода», а клиническая работа осмыслялась в более широком контексте. Для нее клиническая социальная работа не ограничивалась психической жизнью отдельного человека, она включала и работу по социальному благополучию клиента, «пострадавшего от экономики социальной жизни».

Концепты лечения она связывала с клинической социальной работой в аспектах социальной медицины и социальной психиатрии, работой с мигрантами и уголовным правосудием, государственным управлением благосостояния и социальным законодательством. По ее мнению, «социальное лечение» должно было включать всю «науку о человеческих отношениях»⁴.

¹ David G. Phillips Clinical Social Work and Psychoanalysis: Introduction to the Special Issue // Clin Soc Work J. 2009. Vol. 37. Pp. 1–6.

² Trattner W. From poor law to welfare state: A history of social welfare in America. N-Y: Free Press.

³ Norten H. Clinical Social Work. N-Y: Columbia University Press, 1994. P. 1.

⁴ Lela B. Costin Edith Abbott and the Chicago Influence on Social Work Education // Social Service Review. 1983. Vol. 57. No. 1. Pp. 94–111.

Именно широкий подход к клинической практике социальной работы найдет отражение в конце 90-х годов XX столетия не только в США, но и других странах мира, где будет развиваться клиническая социальная работа.

Между двумя направлениями клинической практики социальной работы до середины 20-х годов развернется достаточно жесткая полемика, своеобразным ее результатом станет оформление Американской ассоциации психиатрической социальной работы в 1926 г., в рамках которой стали формироваться профессиональные подходы помощи лицам, имеющим проблемы с психическим здоровьем, а также помощь их семьям. Именно в этой ассоциации оформляются первые национальные стандарты социальной работы в рамках помощи психиатрическим больным.

1.2.3. Внедрение психоаналитических подходов З. Фрейда в систему подготовки и практику социальных работников

Психоаналитическая концепция З. Фрейда «проникает» в теорию и практику социальной работы по нескольким причинам.

Во-первых, психоанализ позволял социальным работникам расширить методы помощи не только за счет ресурсов среды. Идея бессознательного позволяла понять мотивацию и поведение клиента, исходя из его психодинамического развития, что давало метод работы в психиатрической практике социальной работы, а также распространение его на другие сферы деятельности социальных работников¹.

Во-вторых, З. Фрейд настаивал, чтобы познание метода психоанализа было делом людей, которые не имеют медицинского образования, считая, что данный метод имеет самостоятельное значение, и он должен быть изучен вне медицинской парадигмы обучения². Это основание дало возможность включиться в изучение этого метода представителям различных профессий, в том числе и социальным работникам, которые не только стали использовать технологии и техники работы с клиентами, но взяли метод на вооружение в качестве обучающих технологий.

Так, в практики супервизии В. Робинсон одной из первых начинает применять техники психоанализа, поскольку стажеры использовали приемы, «пригод-

¹ Pearlman H.H. Social work in psychiatric settings // American handbook of psychiatry (2nd ed.) / S. Arieti (Ed.). New York: Basic Books, 1974.

² Jones E. The life and work of Sigmund Freud. New York: Basic Books, 1957.

ные только для предыдущих ситуаций»¹. Важным в данном подходе – супервизия помогала будущему социальному работнику приобретать опыт клинициста.

В-третьих, психоанализ проникал не только в различные направления социальной работы, психиатрической, медицинской; он становился научным методом не только для диагностического подхода, но и других научных подходов, например, функционального, который существовал в версии ученика *З. Фрейда* *О. Ранка*.

Идеи *О. Ранка* нашли отражение в клинической теории социальной работы. Такие понятия, как «неявная приверженность», «сознательные и бессознательные смыслы» и ряд других вошли в понятийное пространство теории клинической социальной работы.

Не только из ранкианской, но и фрейдистской психологии социальными работниками были заимствованы концепты о симбиозе матери и ребенка, о процессах психосоциального развития человека на протяжении всей его жизни, о влиянии психоэмоциональных проблем раннего детства на возможные поздние последствия в жизни человека. Важнейшими концептами в теории и технологии социальной работы стали подходы о праве клиента на самоопределение, особенности индивидуальных различий.

Учение о рабочем альянсе как базовом элементе процесса терапии остается в технологиях социальной работы основным элементом во всех помогающих моделях так же, как и учение об оценке как процессе анализа ситуации, который имеет динамические, а не статические характеристики².

Важнейшим событием в развитии психоанализа в практике клинической социальной работы в 30-е годы становится появление концепции эгопсихологии, которая оказала большое влияние на клиническую социальную работу и направления директивной практики работы со случаем как психосоциальной индивидуальной работы.

Эго стало той матрицей, как впоследствии напишут исследователи, объединяющей «социальные порядки и психологические глубины»³.

¹ Джейкобс Д., Дэвид П., Мейер Д. Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций. – СПб., 1997. С. 28.

² Eric S. Stein. Otto Rank: Pioneering Ideas for Social Work Theory and Practice. Psychoanalytic Social Work. 2010. Vol. 17. Pp. 116–131.

³ Briar S., Miller H. Problems and issues in social casework. New York: Columbia University Press, 1971.

1.3. Клиническая социальная работа в рамках интегративной практики 50-90 гг. XX столетия

Развитие клинической социальной работы на данном этапе было определено развивающейся практикой и методами индивидуальной работы со случаем, помощи нуждающимся в рамках медицинских и психиатрических ассоциаций.

В это время происходит создание Национальной ассоциации клинической социальной работы, которая определила стандарты деятельности, отличие клинического социального работника от профессионала общей практики.

Эти тенденции привели к выделению самостоятельного направления клинической социальной работы, по которым сегодня ведется подготовка на различных уровнях обучения.

1.3.1. Интегративные модели индивидуальной социальной работы во второй половине XX века

Во второй половине XX века становится ясным, что в практике социальной работы для объяснения проблемной ситуации субъекта или семьи недостаточно какой-либо одной теоретической парадигмы, но требуются интегративные подходы, позволяющие осмыслить и поддерживать клиента на основе многофакторных подходов. Такими интегративными моделями, повлиявшими на оформление клинических подходов, становятся модели¹:

- ✓ решения проблем Х. Перлман (1957);
- ✓ психосоциальная модель Ф. Холлис (1964);
- ✓ функциональная модель Смолли (1967).

Главная цель всех этих моделей – восстановление, укрепление и поддержка социально-эмоционального функционирования отдельных индивидуумов и их семей, испытывающих проблемы на внутрисличностном, межличностном уровне и во взаимодействии с окружающей среды.

Модель решения проблем Х. Перлман

Х. Перлман в 1957 г. написала книгу «Социальная индивидуальная работа: процесс решения проблем», где предлагает технологии помощи клиенту в социальной работе, определяя сущность профессиональной деятельности и ее метода интервенции².

¹ Manny J. González, Caroline Rosenthal Gelman. Clinical Social Work Practice in the Twenty-First Century: A Changing Landscape // Clinical Social Work Journal. 2015. Vol. 43. Iss. 3. Pp. 257–262.

² Perlman H.H. Social Case Work: A Problem Solving Process. Chicago, 1957.

Свой метод социальной индивидуальной работы она обосновывает, исходя из методологических оснований двух ведущих школ того времени: диагностической школы, в основе которой лежали идеи З. Фрейда, и функциональной школы, идеи которой восходили к О. Ранку.

Модель решения проблем Х. Перлман представляла собой междисциплинарный конструкт, в основе которого лежали подходы Дж. Дьюи, теоретические концепты психодинамической теории, эгопсихологии, идеи экзистенциализма и в дальнейшем идеи эколого-системного подхода. Сам метод построения теоретического конструкта формировался на междисциплинарной основе, где использовались знания и техники из различных научных парадигм, а также школ социальной работы, по своим подходам был инновационным и определил формирование технологий социальной работы в логике единой парадигмы помощи.

Х. Перлман считала, что метод решения проблем отражает диалектику жизни человека, в основе которой лежит перманентный процесс столкновения человека с проблемами и поисков выхода из сложившихся проблемных ситуаций. Исходя из данных посылов, Х. Перлман предлагает профессиональную модель помощи человеку, оказавшемуся в проблемной ситуации. Исследовательница выделяет следующие фазы работы с клиентом:

- идентификация проблемы (установление того, что является проблемой для конкретного клиента);
- идентификация индивидуального субъективного проблемного опыта (установление типологии проблемы, характерной для данного клиента);
- изучения причин и последствий проблемы в жизни человека;
- учет плюсов и минусов различных вариантов действий;
- выбор и принятие курса действий;
- оценка эффективности действий¹.

Х. Перлман считала, что процесс решения проблем не может строиться на основе жестких схем работы с клиентом, в основе лежат спонтанные действия, которые, сливаясь, образуют циклический процесс на основе повторов определенных действий. В этих подходах просматриваются технологии диагностической школы социальной работы.

Придерживаясь традиций функциональной школы социальной работы, исследовательница актуализирует взаимоотношения между клиентом и социальным работником, которые являются катализатором всех процессов в помогающей модели решения проблем.

¹ Coady N., Lehmann P. Theoretical Perspectives for Direct Social Work Practice. N-Y: Springer, 2008. P. 69.

Х. Перлман в своем методе удалось совместить понимание проблем клиента на «локальном и глобальном» уровне.

Психосоциальная модель Ф. Холлис

Ф. Холлис продолжала развитие психосоциальных подходов на основе психоаналитической теории. Однако подход обогащался за счет эгопсихологии, ранкианской психологии, теории коммуникаций.

Психосоциальная технология социальной работа в значительной степени состоит из процесса помощи на основе проникновения в причины девиантного или дезадаптивного поведения субъекта, «истории болезни клиента».

Свою модель психосоциальной работы она формировала на основе психодинамической психотерапии. В ее основе лежали подходы к личности клиента и его проблемам, оценке, технологическому процессу и интервенциям.

Клиент

Ф. Холлис считала, что личность имеет право жить «уникальным способом» при условии, что она не нарушает прав других людей. Такая установка изначально определяла отношения социального работника и клиента, в основе которых лежало доверие.

Доверие как компонент позитивных отношений базировалось на двух принципах: принятии и самоопределении.

Под *принятием* понимали отношения, выражающие симпатию к клиенту, сущность которых в поддержании постоянной заботы и сочувствии клиенту.

Под *самоопределением* понимали право клиента самостоятельно принимать решения.

Исходя из данных принципов, обосновывались целевые установки работы с клиентом. Отталкиваясь от психоаналитической теории, Ф. Холлис считала, что Эго клиента в результате внешнего давления и внутренних стрессов было трансформировано из-за действия механизмов защиты. Чтобы обеспечить нормальное функционирование клиента, социальному работнику необходимо было развить его способность к принятию самостоятельных решений.

Клиенты, которые обращаются за помощью в социальное агентство, в соответствии с концепцией психосоциальной работы, могут иметь следующие основные причины, определившие их трудную жизненную ситуацию:

1. Инфантильные потребности, сформированные в детстве, вынуждают индивида предъявлять неадекватные требования к окружающему миру или выражать неоправданную враждебность.

2. Текущая ситуация жизни, проявляющая чрезмерное давление.

3. Дефектный Эго и Супер-эго – идеальное, сформированные в процессе социализации, осложняют социальное функционирование.

Чрезмерно сильные инфантильные потребности и установки во взрослой жизни могут вести к чрезмерной зависимости от семьи, что может быть связано с беспокойством или робостью, которые заставляют индивидуумов требовать чрезмерной защиты или уходить от принятия взрослых обязанностей.

Наиболее распространенным давлением жизни являются экономические факторы, занятость, низкий квалификационный уровень, бедность, ограниченные образовательные возможности, расовая и этническая враждебность со стороны социальных институтов, болезни, лишения, потери родных и близких.

Дефектное функционирование Эго включает искаженное восприятие или внешнего мира, или самого себя. Чрезмерное беспокойство, недостаточная способность управлять импульсами или направлять поведение, несоответствующее использования Эго.

Проявление дефектного Супер-Эго и Эго, их функционирование может иметь несколько видов. Иногда Супер-Эго настолько примитивен, что индивидуум имеет стандарты восприятия в системе оценок «правильно – неправильно», не используя многообразия социальных стандартов. Часто наблюдается беспокойство клиента, когда его стандарты и требования слишком высоки или слишком низки, что также не способствует гармонии с окружающей средой.

Оценка

Важный компонент данного метода – дифференцированный диагноз, позволяющий выявить индивидуальную проблему клиента. Это предполагает в начале контакта изучение клиента и его проблемы.

После сбора информации социальный работник вместе с клиентом обсуждает ее, и они совместно приходят к пониманию проблемы и необходимых изменений в сложившейся ситуации. Такое динамическое понимание ситуации является основанием для объяснения существования проблемы, ее идентификации, категоризации и выбора стратегий помощи.

Следующая стадия предполагает выбор цели лечения. Цели с дальними перспективами направлены на оптимизацию индивидуальной и социальной жизни клиента. Промежуточные цели зависят от динамического понимания проблем клиента, соответствующих его потребностям, пожеланиям и нуждами членов его семьи, а также агентства.

Технологический процесс

Базируется на понимании проблемной ситуации клиента как индивидуальной системы «личность-в-ситуации». В этой конфигурации осмысливаются потребности клиента и возникающие проблемы. Проблемы анализируются исходя либо из неадекватного функционирования самого клиента, либо проблемного функционирования окружающей среды, либо из взаимодействия этих систем.

Система отношений клиента со средой осмысливается как динамическая система, имеющая различные векторы силы, воздействующей на него. В психосоциальной теории Ф. Холлис вводит такие понятия, как «внутреннее давление» и «внешнее давление», чтобы описать силы, действующие в пределах индивидуума и окружающей среды. «Внешнее давление» в психосоциальной работе понимается как пресс, а «внутреннее давление» как напряжение¹.

Понятие «ситуация» употребляется в контексте проблематики сообщества, окружающего клиента: семья, друзья, работодатели и т.д. Причем фундаментальным компонентом ситуации в психосоциальной работе является семья. Осмысление «человек в его ситуации» требует от социального работника понимания психологических особенностей всех людей, вовлеченных в ситуацию, и их влияния на жизнедеятельность клиента.

Ф. Холлис выделила четыре базовых технологических процесса в психосоциальном подходе:

- изменение окружающей среды;
- психологическую поддержку;
- формирование умений клиента анализировать окружающую реальность;
- понимание влияния переживаний на развитие проблемной ситуации.

Таким образом, технологический процесс имел направленность и на изменение средовых факторов, и повышение «стрессоустойчивости» самого клиента.

Интервенции

Интервенции планировались исходя из методологических установок метода о существовании внешнего и внутреннего давления.

Ф. Холлис считала, что внешнее давление возможно сбалансировать, предоставив клиенту социальную помощь (помочь найти работу, предоставить кредит, решить проблемы с выплатами и т.д.). Внутреннее давление, стресс снимаются за счет изменения поведения клиента и работой над воспоминаниями, при этом используют следующие процедуры:

- *Вентиляция.* Клиенту предлагается выразить подавленные чувства, повлиявшие на мысли и поведение.
- *Корректирующие отношения.* Отношения, которые складываются между социальным работником и клиентом подобны отношениям, между матерью и ребенком. Эти отношения помогают понять прошлые неудовлетворительные отношения, пережить их вновь и получить опыт решения проблем.

¹ Hollis F., Woods M. Casework a psychosocial therapy. N-Y: Random House, 1981. P. 57.

• *Оценка отношений.* Анализируя предшествующий опыт, социальный работник должен помочь клиенту его осмыслить и показать, как он влияет на стратегии взаимоотношений с окружением клиента.

Ф. Холлис предложила определенную классификацию интервенций, непосредственного лечения клиента и три типа лечения через окружающую среду. Эти интервенции можно представить в следующей таблице¹.

Т а б л и ц а 1

Интервенции в психосоциальной технологии социальной работы по классификации Ф. Холлис

Индивидуальные интервенции	Средовые интервенции
- систематизация; - прямое влияние; - исследование, описание, вентиляция. Отражение ситуации человека относительно: - других, внешнего мира, индивидуального здоровья клиента; - собственного поведения, поведения других людей; - природы собственного поведения; - причин, факторов, которые провоцируют неконструктивное взаимодействие с другими людьми; - в контексте самооценки; - социального работника и процесса лечения. Обсуждение аспектов взаимодействий, связанных с развитием ситуации.	1. Тип ресурса: - Социальное агентство; - Общественная организация; - Другое социальное агентство; 2. Общественная организация: - нанимающая работников патронажа, но социальный работник не нанятый; - не нанимающая работников патронажа.

Социальный работник применяет в практике данные интервенции в любой комбинации, так как это зависит от особенности случая, индивидуальности клиента и своеобразия окружающей среды.

Функциональная модель индивидуальной работы со случаем

В 70-е годы XX в. функциональный подход стали рассматривать как метод социального обслуживания агентствами клиентов, с которыми выстраивали определенные отношения в целях улучшения их индивидуального и социального благополучия. В основе метода индивидуальной работы лежали базовые методы психодинамической теории, практикоориентированные подходы работы со стрессами клиентов, на основе индивидуализации случая, методы терапевтических отношений.

Функция агентств состояла в том, чтобы осуществлять процесс индивидуальной работы, предоставив доступный сервис клиенту. В функциональной модели при работе с клиентом использовали пять базовых принципов:

¹ Hollis F., Woods M. Casework a psychosocial therapy. N-Y: Random House, 1981. P. 87.

- вовлечение клиентов в диагностическую ситуацию с целью обнаружения ошибок в социальном функционировании;
- осознание и использование временных периодов (начало, середину и конец работы);
- использование функций агентства для предложений клиентам ролей в решении их проблем;
- ясное понимание структуры, формы процесса социальной работы;
- в процессе социальной работы используются различные связи, чтобы помочь клиенту.

Философия метода

Основывается на концепциях роста как цели и процесса индивидуального развития, которые можно свести к следующим позициям:

- индивидуум заинтересован в собственном росте в течение всей своей жизни, активно использует свой потенциал в целях реализации личностного роста;
- на каждой стадии своего жизненного развития человек использует специфический врожденный потенциал, окружающую среду, человеческие отношения в целях личностного роста и развития;
- окружающая среда человека изменяется на каждом этапе его жизненного цикла от семьи, школы, сообщества до более широких пределов, имеет тенденцию к расширению до периода зрелости и сужается в преклонном возрасте;
- окружающая среда может влиять – задерживать, отклонять и компенсировать развитие индивидуума, но в его возможностях контроль за ростом и собственным развитием;
- внутреннее развитие индивидуума определяется индивидуальными целями и задачами, социальными ожиданиями, которые выражаются в деятельности;
- социально-экономические, культурные, этнические и религиозные факторы накладывают отпечаток на социальные ожидания клиента.

Несмотря на то, что функциональный подход следует традициям психоанализа, имеется ряд отличий в подходах к индивидуальности, методам, структуре работы.

Структура индивидуальности

В функциональном подходе структура индивидуальности рассматривается с тех позиций, что на человека с начала его жизни действует не только окружающая среда, но и внутренняя энергия.

Это – скорее результат творческого использования внутреннего и внешнего опыта, чем детерминация внутренних и внешних воздействий. Развитие индивидуума определено через отношение со значимыми людьми в окружающей среде, на первой стадии развития оно определяется матерью.

Не только биологические, но и психические потребности дают интраутробный опыт, который является образцом создания союза с другим субъектом. Однако понимая, что полный союз все же невозможен и разделение неизбежно, при этом ограничении возможны различные сценарии: конструктивное принятие с ограничением собственной действительности либо продолжение борьбы за завершение через другого субъекта.

В вопросах сопротивления функциональный подход имеет отличия от других методов работы со случаем. Сопротивление выступает как неизбежное и необходимое усилие, поддерживающее контроль над ситуацией отношений. Отсюда социальный работник принимает потребность клиента управлять частью ситуации, предоставив ему возможность получения нового опыта взаимодействия.

Подходы к личности клиента

С. Бриар и Г. Миллер определяют субъектность клиента исходя из его роли. Они считают, что клиент – это социальная роль, которая формируется у индивида благодаря *следующим* источникам:

- социальному агентству;
- нормативным ожиданиям социального работника и его референтных групп;
- самооценке клиента;
- социальным группам, чьи ожидания воздействуют на клиента, социального работника и агентства¹.

Социальное агентство

Социальное агентство имеет систему «допуска», то есть те требования, которые регламентируют его права на оказание поддержки. Нормативные ожидания клиента и агентства должны совпадать, чтобы удовлетворить запросы клиента. Только в этом случае агентство гарантирует сохранение его прав и обязанностей. Услуга гарантируется, если клиент соответствует нормам, предлагаемым агентством. Ожидания клиентов существенно меняются в зависимости от типа учреждения. Терапевтическая эффективность агентства зависит от обществен-

¹ Briar S., Miller H. Problems and issues in social casework. New York: Columbia University Press, 1971. P. 106.

ного мнения и формальных ограничений учреждений, а также ожиданий клиента, которые могут иметь различные ориентации.

Социальный работник и его референтные группы

Авторы считают, что определение своей роли социальным работником подразумевает ответную реакцию со стороны клиентов, тем самым их типология зависит от установок последнего на помощь и поддержку.

Социальный работник, определяющий свою главную роль как помогающую людям в их самоосознании проблемы, будет «играть» иную роль, чем работник, главная цель которого – обеспечение конкретных услуг.

Профессиональные референтные группы. Предполагается, что при некоторых видах социальной работы терапевтическая эффективность зависит от количества клиентов и установленных с ними отношений. Если социальный работник не в состоянии установить определенное количество контактов, он может быть негативно оценен.

Рольевые установки социального работника, таким образом, формируются между двумя видами полномочий – профессиональных и административных, что находит свое отражение в ролевых ожиданиях клиентов. Другой уровень влияния референтных групп на рольевые установки социального работника связаны с теоретическими концепциями социальной работы. Каждая теория определяет ожидания о роли клиента, которым клиент априори должен соответствовать, например:

- вербальные терапии требуют, чтобы клиент был с четкой речью;
- семейные терапии заранее предполагают неблагополучные семьи;
- теории индивидуальной работы подразумевают идеального клиента.

Самооценка клиента

Самооценка клиента – третий источник нормативных ожиданий. Эти роли связаны с позицией клиента по отношению к социальному агентству. Разброс установок на институт помощи не может ограничиваться только прямой, где на одном полюсе «ощущения» удачливых клиентов, получивших помощь от щедрого агентства, на другом – требующие помощь, положенную им по закону. Важнейшим фактором при формировании ролевых установок, по мнению авторов, является добровольное и недобровольное принятие индивидуумами роли клиента, а также административные, индивидуальные или групповые санкции.

Рольевые установки социального работника

Не только клиент, но и социальный работник и агентство находятся под контролем общественного мнения, ожиданий административных инстанций, структур надзора и контроля. В связи с этим нормативные требования административных институтов, связанных с социальной работой, могут влиять не только на

ожидания данных субъектов, но и на формирование получения и предоставления помощи, что также влияет на ролевую динамику клиента и социального работника.

Таким образом, как считают исследователи, ценности и нормы социального работника и агентства заложены в определение и структуру роли клиента, они влияют на ожидания индивида, его установки, мотивацию к изменению.

Концепция времени

Из трех средств информации о существовании клиента, которыми являются время, движение, место, время является наименее контролируемым человеком. Кроме того, человек определяет свои пределы существования, зная исходную временную точку – рождение и заключительную – смерть. Это находит отражение в функциональном методе индивидуальной работы в том его аспекте, что феномен времени используется в процессе помощи, используя ту ситуацию, что уже была после существующих отношений, принимая во внимание, что они динамически изменяются в процессе окончания отношений между социальным работником и клиентом.

Особенность метода

Функциональный метод социальной работы – это такой метод помощи людям через социальные агентства, при котором опыт, который получает клиент в результате оказываемых услуг, может быть для него психологически и социально конструктивен.

Исходя из такого понимания помощи, концепция функции имеет два аспекта:

- вид обслуживания и помощь не зависят от индивидуальности и различиях проблемы, причем индивидуальный подход к проблеме клиента учитывается при выстраивании отношений;

- форма услуг отличается от формы других услуг, независимо от подобия проблем, презентуемых в агентствах клиентами. Зависимость опыта от формы услуг приводит к пониманию, что причиной для акцента должно стать фокусирование на развивающейся структуре¹.

1.3.2. Развитие интегративных подходов в практике социальной работы в здравоохранении и психиатрии

Клиническая практика социальной работы в учреждениях здравоохранения и психиатрии строилась в контексте директивных подходов индивидуальной помощи и поддержки. С другой стороны, функциональные ограничения клиентов:

¹ Briar S., Miller H. Problems and issues in social casework. New York: Columbia University Press, 1971. P. 173.

физические, коммуникативные, сенсорные, психические формировали практические методы биопсихосоциальной оценки и модели интервенций. Как считают исследователи, сложилось пять основных моделей директивной практики социальной работы, которые имели место в здравоохранении и психиатрии¹:

- психиатрическая модель;
- медицинская модель;
- модель развития;
- модель профилактики и поддержки здоровья;
- интегративная модель.

Данные модели по-своему способствовали формированию общетеоретических и практических подходов к клинической социальной работе.

Психиатрическая модель

Психиатрическая модель директивной социальной работы формировалась на основе психоаналитической теории, моделях психотерапии и консультирования. В центре подхода активизация ресурсов человека в ситуации психологических травм и инвалидизации. Социальные работники в решении проблем клиентов реализовывали биопсихосоциальные интервенции в директивной практике. В данной модели клинической практики возмещение затрат на услуги возможно как со стороны государства, как получателей услуг, а также данные услуги могут быть возмещены третьими лицами².

Медицинская модель

Данная модель являлась доминирующей в практике социальных работников. В основании ее подходов – методы диагностики и лечения, проблемы клиента осмысляются в логике «нормы – патологии», позиция клиента приравнена к позиции пациента, биопатологическая интерпретация ситуации. Таксономия проблем рассматривается в логике подходов, сложившихся в здравоохранении. Медицинская модель рассматривает проблемы человека, которые непосредственно обусловлены болезнями, травмами или другими состояниями здоровья³.

Модель развития

В основе теоретических подходов лежат концепции эпигенетической теории Э. Эриксона и экологической модели У. Бронфенбреннера. Поддержка осуществляется на основе сетевой работы и активизации социальной жизни клиента. Работа с клиентами и их семьями строится исходя из возможностей и состо-

¹ Pool D. Health Care: Direct practice / Encyclopedia of Social Work. Nasw Press, 1996. P. 1157.

² Carlton T. Clinical Social Work in Health Setting. N-Y: Springer, 1984.

³ Kane R., Ouslander J. Essentials of clinical geriatrics. N-Y: McGraw-Hill, 1989.

яния их здоровья и развития. Технологии клинической работы реализовывались в ситуациях стресса и кризиса. Профессионалы осуществляли поддержку клиентам и семьям на различных кризисных циклах развития, учитывая индивидуальные реакции, помогая адаптироваться к новым жизненным ролям и отношениям.

Социальные работники использовали технологии активизации индивидуальных ресурсов клиента, а также имеющиеся ресурсы агентства. В модель развития реализовывались директивные интервенции в отношении родителей, имеющих детей с проблемами здоровья, осуществлялись технологии поддержки клиентов, имеющих хронические проблемы с психическим и физическим здоровьем, а также осуществлялась поддержка детей в учреждениях образования и интернатах¹.

Модель профилактики и поддержки здоровья

Данная модель базировалась на директивной социальной работе, которая дополнялась подходами профилактики и поддержки здоровья на территории. Превентивная социальная работа направлена на различные проявления социальной патологии, асоциального поведения, профилактики суицидального поведения. В центре внимания профессионалов социальное здоровье человека, семьи, сообщества².

Интегративная модель

В основе данной модели концепты взаимодействия системы человека в окружающей среде, клиента и социальных систем, экологии человека, биопсихосоциальной интеграции человека в социум. Клинические интервенции осуществляются на основе биологических, психологических, социальных исследований здоровья клиента. Биопсихосоциальный подход позволяет осмысливать проблемы человека, малых групп, семьи, проблемы этнических меньшинств, особенности функционирования различных социальных классов, а также особенностей функционирования людей с особыми ментальными потребностями и физическими ограничениями³.

В данных моделях в 70-ые годы реализовывались стратегии помощи и поддержки клиентам с ментальными и физическими ограничениями. В процессе работы с клиентами сформировались интервенции, которые вошли в арсенал клинической социальной работы в последующие годы, среди них:

- помощь на основе скрининга социальных рисков,
- помощь на основе психосоциальной оценки,

¹ Meyer C. Social work practice: The changing landscape. N-Y: Free Press, 1976.

² Wittman M. Preventive social work // Encyclopedia of social work. Nasw, 1977.

³ Carlton T. Clinical Social Work in Health Setting. N-Y: Springer, 1984.

- психосоциальные интервенции,
- консультирование случая,
- программное консультирование,
- планирование в агентствах.

1.3.3. Обоснование клинической практики социальной работы в рамках профессиональных ассоциаций

Созданию Национальной федерации клинических социальных работников предшествовал ряд факторов. Немаловажной стала договоренность между Национальной ассоциацией социальной работы и Социального образования в области социальной работы о создании единых подходов к профессиональным компетенциям.

Различные системы подготовки социальных работников для психиатрических служб, здравоохранения, в социальных сервисах требовали унификации, поскольку они основывали свои интервенции на методах и принципах психосоциального подхода.

Введение устных экзаменов, создание программ подготовки, описание практики послужили импульсом для создания в 1971 г. Национальной федерации клинических социальных работников. С 1973 г. начинает выходить профессиональный журнал «Клиническая социальная работа». Можно говорить о завершении первого этапа институционализации данной научной и практической парадигмы социальной работы.

Национальной ассоциацией социальной работы в 1976 г. было определено требование к компетенции и уровню образования для клинических социальных работников.

Образование клинических социальных работников должно соответствовать уровню магистров или докторантов и опыту профессиональной самостоятельной работы, непосредственного предоставления услуг отдельным лицам, семьям на основе диагностики проблем, осложняющих социальное функционирование клиентов вследствие социального или психологического стресса, а также проблем, связанных с физическим и психическим здоровьем клиента¹.

Клиническая социальная работа основывалась в тот период на трех базовых принципах:

- достижение изменений возможно через межличностные отношения клиента и клинициста;

¹ Strean H.S. Clinical social work: Theory and practice. New York: Free Press, 1978.

- изменения достигаются за счет модификаций социальной ситуации клиента;

- изменения достигаются за счет отношений со значимыми лицами в жизненном пространстве человека.

Достижение социального функционирования является целью интервенций¹.

Национальный регистр определил сферы работы клинического социального работника в государственном и коммерческом секторах.

Клинические социальные работники могли решать ряд психосоциальных проблем, при этом спектр их вмешательства определялся достаточно широко – от проблем, связанных с психическим здоровьем, до решения экономических проблем клиента, от решения проблем, связанных с насилием и пренебрежением, до антидискриминационной практики в отношении этнических групп.

Интервенции основывались на понимании динамики изменения личности клиента в процессе взаимодействия на основе сильных сторон, возможностей и ресурсов как самого нуждающегося, так и окружающей среды.

В 1977 г. появляется одно из первых официальных определений клинической социальной работы, которое впоследствии будет изменяться в контексте социально-политических и социально-экономических трансформаций:

«**Клиническая социальная работа** интегрирует знания концептов социальной работы, поведения человека, его потребностей, существования в окружающей среде. Клинический социальный работник обеспечивает услуги здравоохранения индивиду, семье, группе, решая проблемы биопсихосоциального функционирования клиентов. Клинический социальный работник осуществляет профилактические интервенции, а также методы клинической психотерапии, групповой психотерапии, семейной терапии, использует ресурсы сервисов в целях поддержки клиентов и социальных систем в окружающей среде»².

1.4. Развитие клинической теории и практики социальной работы в рамках национальных ассоциаций

Становление клинической социальной работы с 90-х годов по настоящее время было определено рядом тенденций:

- расширением системы непрерывного образования;
- развитием направлений клинической практики;

¹ Cohen J. Nature of Clinical Social Work // Toward a Definition of Clinical Social Work Washington / P.L. Ewalt. DC: National Association of Social Workers, 1980. Pp. 23-32.

² Pinkus et al. Education for the Practice of Clinical Social Work at the Master Level. P. 258.

– расширением подходов к проблеме клиентов на основе био-психо-социально-духовных подходов, когда в рамках направления были реализованы концепты не только научно-гуманитарного, но и теологического познания.

Х. Перлман задолго до оформления данных тенденций в области клинической социальной работы в конце XX в. достаточно глубоко обозначила суть этой практической модели социальной работы. С одной стороны, она «впитывает» различные теоретические и практические модели познания различных областей, а с другой – стала практической технологией в различных сферах деятельности профессионала, реализуясь в индивидуальной, групповой, микросоциальной деятельности.

Психосоциальная модель практики социальной работы, вышедшая из директивного подхода, на основе концептов психоанализа, ранкианской и эгопсихологии, стала применима к различным осложненным факторам социального функционирования человека, с учетом его функциональных ограничений, временных дисфункций, психоэмоциональных расстройств.

Новое определение клинической социальной работы в XXI в. учитывает все эти тенденции и в своем определении оно представлено следующим образом: «Клиническая социальная работа разделяет со всей практикой социальной работы цель повышения и поддержания психосоциального функционирования отдельных лиц, семей и социальных групп. Клиническая практика социальной работы – это профессиональное применение теории и методов социальной работы для лечения и профилактики психосоциальных дисфункций, инвалидности или нарушений, включая эмоциональные и психические расстройства»¹.

Как специальность в рамках практики социальной работы клиническая социальная работа строится на профессиональных ценностях, этике, принципах, методах практики, а также на аспекте профессии «человек в окружающей среде».

Это отражает миссию профессии по содействию социальной и экономической справедливости путем расширения прав и возможностей клиентов, которые испытывают угнетение или уязвимость. Клиническая социальная работа направлена на восстановление, поддержку и улучшение биологического, психологического, социального и духовного функционирования отдельных лиц, семей и групп.

Практика клинической социальной работы требует применения передовых клинических знаний и клинических навыков в многофакторной оценке, диагно-

¹ Council on Social Work Education. Educational policy and accreditation standards. Retrieved October 9, 2009. URL: <http://www.cswe.org/NR/rdonlyres/2A81732E-1776-4175AC42-65974E96BE66/0/2008EducationalPolicyandAccreditationStandards.pdf>

стике и лечении психосоциальной дисфункции, инвалидности или нарушения, включая эмоциональные, психические и поведенческие расстройства и состояния.

Клинические практические вмешательства включают в себя разработку кейсов на основе дифференциальной диагностики и оценки рисков и уязвимостей, а также факторов, которые создают и ограничивают сильные стороны и устойчивость, обнаруженные в отношениях между людьми, их сообществами и более широкой социальной средой. Методы лечения включают предоставление индивидуальной, семейной и групповой помощи. Клинические социальные работники занимаются кризисным вмешательством, краткой и долгосрочной психотерапией и консультированием, клиенториентированной защитой клиентов (табл. 2)¹.

Т а б л и ц а 2

Области практики клинической социальной работы

Области практики	Клиентская система	Клинические вопросы	Клинические интервенции
- система социального обеспечения детства; - исправительные учреждения; - учреждения здравоохранения - психиатрические учреждения.	- семья (приемная, замещающая, кровнородственная, фиктивная); - диады (родитель – ребенок, пары); - индивидуальная (дети, подростки, взрослые, пожилые).	- насилие физическое, сексуальное; - пренебрежение; - травмы; - психические расстройства; - ситуации горя и утраты; - аффективные расстройства; - тревожные расстройства; - кризисы старения с отклонениями развития; - преступность.	- игровая терапия; - нарративная терапия; - поведенческая десенсибилизация; - задаче-ориентированная терапия; - проблемно-ориентированная терапия; - когнитивно-поведенческая терапия; - семейная терапия; - структурная терапия; - арт-терапия; - поддерживающая терапия; - психодрама.

¹ International Federation of Social Workers. (IFSW) and International Association of Schools of Social Work. (2004). Ethics in social work, statement of principles. Retrieved January 2, 2008. URL: <http://www.ifsw.org/en/p38000324.html>.

1.5. Клинические дискурсы социальной работы в современной практике социальных услуг населению

Клиническая версия социальной работы актуализируется в отечественном познании и практике благодаря нескольким факторам:

- изменением средовых обстоятельств, переходом российского общества от состояния транзитивности к оформлению, в условиях внешнеполитических и экономических санкций, новой общественной идентичности на основе поиска национальных «духовных скреп» и критического оценивания западноевропейских ценностей, идеологием, дискурсов социального развития¹;
- дальнейшим оформлением некоммерческого сектора социальных услуг, охватывающего различные сферы поддержки граждан;
- развитием профессиональной конфессиональной социальной работы, где доминируют духовные дискурсы и религиозный опыт в подходах помощи человеку в трудной жизненной ситуации;
- расширением профессий социальной работы.

Социально ориентированные некоммерческие организации изменили свою деятельность на основе законодательства от 5 апреля 2010 года № 40-ФЗ.

В соответствии с этим законодательством практика социальной работы расширилась во многих регионах РФ. В соответствии с реестром СОНКО, деятельность организаций распространяется по различным направлениям, в том числе по тем, которые охватывают сферы профессиональной деятельности клинической практики социальной работы:

- услуги, предусматривающие реабилитацию и социальную адаптацию инвалидов (проведение социально-психологической реабилитации и абилитации);
- услуги по оказанию социальной помощи детям, инвалидам, гражданам пожилого возраста, а также по их социальному сопровождению (оказание медицинской, психиатрической, социальной, психолого-педагогической помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации);
- участие в деятельности по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних (проведение индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними и их семьями, содействие в организации поиска несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей);

¹ Послание Президента Федеральному Собранию. 12 декабря 2012 г. URL: <http://kremlin.ru/events/president/news/17118>.

- услуги по профилактике социального сиротства, включая психолого-педагогическое и социальное сопровождение семей для предотвращения отказа от новорожденного ребенка;

- услуги по психолого-педагогическому консультированию, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации;

- услуги по профилактики социально значимых заболеваний, табакокурения, алкоголизма, наркомании;

- услуги, предусматривающие медико-социальное сопровождение лиц, страдающих тяжелыми заболеваниями, и лиц, нуждающихся в медицинской паллиативной помощи¹. Таким образом, расширение практики социальной работы изменяет теоретические и практические подходы к пониманию технологии помощи, расширяет практику в логике клинических подходов.

Конфессиональные дискурсы клинической социальной работы определяются благодаря оформлению в приходах РПЦ профессии социального работника².

Как описано в документах о социальной работе в приходах РПЦ, социальная деятельность может быть весьма различной:

- это поддержка, укрепление и защита семьи, помощь старикам, инвалидам, людям, страдающим тяжелыми заболеваниями, бездомным;
- детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей;
- заключенным или освобождающимся из заключения;
- ВИЧ-инфицированным, малоимущим, погорельцам, мигрантам, семьям, потерявшим кормильца, людям, попавшим в иные трудные обстоятельства;
- лицам, страдающим наркотической или алкогольной зависимостью, а также другим людям, нуждающимся в помощи.

Направленность деятельности в соответствии с документами может быть медицинской, реабилитационной, социальной, психологической, консультационной, духовной, а также материальной, включая финансовую поддержку, сбор и распределение продуктов, вещей и медикаментов.

Конфессиональные дискурсы клинической социальной работы расширили познавательное пространство теории и практики светской отечественной социальной работы. Сегодня оно не ограничивается больше рациональным мышле-

¹ Сарычева И.А., Кочкина Е.В. Модели взаимодействия органов исполнительной власти Москвы с СОНКО при реализации Федерального Закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». – М., 2017. С. 167.

² О принципах организации социальной работы в Русской Православной Церкви. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/1401894>.

нием и логикой дедуктивных подходов. Логика познавательных дискурсов формируется в направлении интуитивно-феноменологических подходов, где важнейшее место занимают духовно-ориентированные дискурсы.

Можно отметить, что в г. Москве организации, включенные в реестр поставщиков социальных услуг, оказывают услуги в форме социального обслуживания на дому – 4,76% от общего числа поставщиков социальных услуг, в форме полустационарных услуг – 2,8%, в форме стационарных услуг – 4,8% услуг¹.

В этой связи начинает формироваться новая познавательная и практическая матрица в социальной работе вообще, и клинической социальной работы, в частности.

Традиционное дихотомическое противопоставление «среда – личность», «личность – среда» начинает оформляться в контексте «клиент – в проблемной ситуации – окружающей среде». При этом традиционная для отечественного познания проблематика клиента с психосоциальной расширяется до био-психосоцио-этно-культурно-духовно-ориентированной проблематики.

С одной стороны, всесторонний охват различных измерений человека и его проблемы реализует целостный подход к клиенту, отражая идею Сократа, что «нельзя лечить тело, не лечя душу». С другой стороны, холистический подход, выражающийся в концепте «то, что не делится на части», позволяет рассматривать клиента в едином дискурсе слабых/сильных сторон его индивидуальности. Клиент – не только уязвимый индивид, но и индивид, имеющий опыт решения проблем, таким образом, он не только *homo vulnerable* (человек уязвимый), но и одновременно *homo capable* (человек способный).

Меняется и понимание запросов клиента, они могут осуществляться по различным векторам направленности: от нарушения биопсихосоциальных индивидуальных норм жизнедеятельности до этнокультурной дискриминации групп, от экзистенциальных проблем, связанных с социальной справедливостью, до проблем духовного голода, от проблем, связанных со здоровьем, до проблем, связанных с психическим здоровьем.

Широкий спектр проблем клиента расширяет границы практики социального работника, что корректирует сложившуюся модель социальной работы, где оформляются теоретические и практические дискурсы клинической социальной работы.

¹ Сарычева И.А., Кочкина Е.В. Модели взаимодействия органов исполнительной власти Москвы с СОНКО при реализации Федерального Закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». – М., 2017. С. 141–142.

1.6. Концептуальные основы клинической практики социальной работы

Клиническая социальная работа – это направление практической социальной работы, которое основано на теориях и методах профилактики, терапии, консультирования, сопровождения и социальной реабилитации при оказании услуг в области социальных проблем, связанных с проблемами здоровья и психического здоровья человека, с акцентами на био-психо-социо-духовные проблемы и расстройства.

Клиническая социальная работа ориентирована на теоретические подходы, в основе которых осмысление проблем человека в контексте понимания «личности-в-окружающей среде». Такой подход соответствует складывающимся тенденциям отечественной практики социальной работы и тем тенденциям, которые характерны для мировой практики социальной работы.

Знания клинической социальной работы включает в себя теории биологического, психологического и социального развития человека, а также осмысление возникновения дисфункций, в логике процессов дизонтогенеза.

База знаний включает понимание многообразия и культурной дифференциации различных групп; межличностных отношений; семейной и групповой динамики; психических расстройств; зависимостей и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ; последствий болезней и травм; и последствий физической, социальной и культурной среды, влияющих на клиническую практику.

Клинические социальные работники, оказывая социальные услуги, должны в зависимости от запросов клиентов гибко и адресно применять теорию и методы помощи при различных случаях.

Интервенции, реализуемые в клинической практике социальной работы, имеют директивную и недирективную направленность, процессы помощи организуются в логике «от человека к человеку».

Интервенции варьируются в зависимости от проблематики пользователей социальных услуг и могут быть представлены методами профилактики и помощи в кризисных ситуациях, психолого-педагогических и социально-реабилитационных услуг, от методов консультирования и психотерапии до методов сопровождения и защиты прав клиента.

Клинические социальные работники реализуют свои услуги на уровне индивидуальных моделей работы, работы в группе, микросоциальной среде. Они работают как самостоятельно в различных государственных, некоммерческих, религиозных организациях, так и в составе мультидисциплинарной и междисциплинарной команды. Клинические социальные работники должны реализовы-

вать свою деятельность в соответствии с нормативными и правовыми требованиями, действующим законодательством Российской Федерации.

К таким основным нормативным требованиям можно отнести:

- ✓ применять этические принципы социальной работы в целях руководства профессиональной деятельностью. Данные требования сформулированы в Кодексе этики социального работника¹, направлены на осмысление миссии профессионала, его профессионального совершенствования в целях улучшения социального обслуживания пользователей социальных услуг;

- ✓ применять критическое мышление не только при анализе трудных жизненных ситуаций клиента, но и в работе с другими профессионалами при разрешении проблемных случаев;

- ✓ иметь четкое представление, как социальное, культурное, этническое и другие формы разнообразия влияют на опыт, перспективы и отношения людей;

- ✓ стремиться реализовывать принципы социальной справедливости, прав человека, которые влияют на благосостояние людей;

- ✓ работать на научно обоснованных подходах, включать в практику передовые научные исследования, принимать непосредственное участие в изучении проблем клиентов;

- ✓ иметь системное представление о биопсихосоциальном развитии человека на протяжении всей его жизни, а также факторах, приводящих к его изменению;

- ✓ активно участвовать в общественной деятельности в целях повышения социального и экономического благосостояния и предоставления эффективных социальных услуг, непосредственно влиять на клиентов и другие уязвимые группы населения с целью улучшения жизни отдельных лиц, групп и сообществ;

- ✓ оперативно реагировать на контексты, которые формируют практику, понимать, как эти изменения влияют на оценку и решение проблемы;

- ✓ работать с лицами, семьями, группами, организациями, сообществами, чтобы продвигать программы социального благополучия.

Клиническая социальная работа характеризуется целостным подходом «личность-в-окружающей среде», профессионалы не только оценивают и помогают решать психические и эмоциональные проблемы своих клиентов, но во взаимодействии с клиентами проводят работу по изменению их семейной, финансовой и социальной жизни, тем самым способствуют индивидуальному благосостоянию в различных социально-экономических контекстах.

Клиническая социальная работа регулируется на государственном уровне в соответствии с действующим законодательством. Технологии клинической со-

¹ Кодекс этики социального работника. URL: <http://onf.ru/2013/05/30/kodeks-e-tiki-sotsialnogo-rabotnika>.

циальной работы реализуются в логике принципов и стандартов социального обслуживания населения.

Принципы социального обслуживания

1. Социальное обслуживание основывается на соблюдении прав человека и уважении достоинства личности, носит гуманный характер и не допускает унижения чести и достоинства человека.

2. Социальное обслуживание осуществляется на следующих принципах:

1) равный, свободный доступ граждан к социальному обслуживанию вне зависимости от их пола, расы, возраста, национальности, языка, происхождения, места жительства, отношения к религии, убеждений и принадлежности к общественным объединениям;

2) адресность предоставления социальных услуг;

3) приближенность поставщиков социальных услуг к месту жительства получателей социальных услуг, достаточность количества поставщиков социальных услуг для обеспечения потребностей граждан в социальном обслуживании, достаточность финансовых, материально-технических, кадровых и информационных ресурсов у поставщиков социальных услуг;

4) сохранение пребывания гражданина в привычной благоприятной среде;

5) добровольность;

6) конфиденциальность.

Интервенции реализуются на основе принципа индивидуальной нуждаемости: орган социальной защиты населения совместно с человеком, нуждающимся в оказании социальных услуг, разработает индивидуальную программу, в которой будет прописан алгоритм, маршрут оказания помощи.

Принцип «сохранение пребывания гражданина в привычной, благоприятной социальной среде» означает, что направление нуждающегося в помощи человека в стационар должно быть самой крайней мерой. Важно сохранить для него привычную жизненную среду и обстановку, а не изолировать от привычного окружения: близких, друзей, соратников, соседей. Этот момент будет обязательно учитываться органами соцзащиты при составлении индивидуальной программы оказания помощи.

Интервенции социального обслуживания осуществляются через систему государственных социальных служб, а также предприятиями и учреждениями иных форм собственности и гражданами, занимающимися предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица. Государство поддерживает и поощряет развитие социальных служб независимо от форм собственности.

ГЛАВА 2

ОБЩАЯ МОДЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

2.1. Объекты профессиональной деятельности клинической социальной работы

Современная модель клинической социальной работы в стационарных учреждениях должна строиться, исходя из складывающихся современных тенденций в российском обществе¹.

К этим тенденциям необходимо отнести в том числе:

- развитие процессов деинституционализации, реформирование учреждений здравоохранения, специальных учреждений для детей и взрослых с проблемами психического здоровья;
- переход с технологий обеспечения на технологии активизации и самопомощи населения, где идеологемы самопомощения начинают играть более существенную роль, чем идеологемы патронажа и содействия, которые реализуются только в индивидуальных кризисных ситуациях;
- формирование в обществе инклюзивных тенденций, когда люди с ограниченными физическими и ментальными возможностями интегрируются в общество на основе прав и свобод, проведения последовательной антидискриминационной политики.

В этой связи основными потребителями социальных услуг клинической социальной работы становятся люди, находящиеся в ситуации социальной дезадаптации, ограничения жизнедеятельности, которые не могут в силу своих физических, ментальных, сенсорных, эмоциональных и других ограничений самостоятельно интегрироваться в систему социальных отношений и институтов.

К таким основным пользователям социальных услуг, где клиническая социальная работа содействовала бы их успешной интеграции на основе реализуемых современных стратегий социальной защиты населения, можно отнести пожилых людей с тяжелыми хроническими заболеваниями.

¹ Послание Президента Федеральному Собранию. 12 декабря 2012 г. URL: <http://kremlin.ru/events/president/news/17118>.

2.2. Общая модель клинической социальной работы в стационарных учреждениях

Общая модель клинической социальной работы строится исходя из концептуальных построений биопсихосоциальной модели, которая реализуется в проблемно-ориентированных подходах.

2.2.1. Философия клинической социальной работы

Общая модель клинической социальной работы была сформирована благодаря работам психологов *Д. Энгеля, А. Бандуры* и других, которые обосновали биопсихосоциальные подходы к оценке, ставшие основополагающими в данной модели технологии социальной работы.

С другой стороны, практики социальной работы *Гордон Хамильтон, Шарлотт Тоул, Хелен Перлман, Флоренс Холлис, Хелен Нортен* привнесли техники и подходы к решению проблемных случаев при работе с семьями, детьми, лицами, имеющими функциональные и сенсорные ограничения.

Д. Энгель обосновывал взаимосвязь между биологическими факторами проблемы, биологического функционирования человека и его влияния на психологические индивидуальные факторы, такие как мышление, эмоции, мотивация, что определяло взаимодействие индивида с системой окружающей среды (рис. 1)¹.

А. Бандура считал, что описание целостной картины социального функционирования человека невозможно без учета факторов здоровья клиента, его индивидуальной психологии и факторов окружающей среды, влияющих на процессы индивидуальной социализации человека².

Эти подходы определили оформление комплексного биопсихосоциального подхода к проблемам клиента, позволяющего анализировать сложившуюся ситуацию, исходя из процессов нормы и патологии, их проявлений на всех уровнях профессиональной практики.

¹ Engel G.L. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model // Am J Psychiatry. 1980. Vol. 137. No 5. Pp. 535–544.

² Bandura A., Jourden F.J. Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making // Journal of Personality and Social Psychology. 1991. Vol. 60 (6). Pp. 941–951.

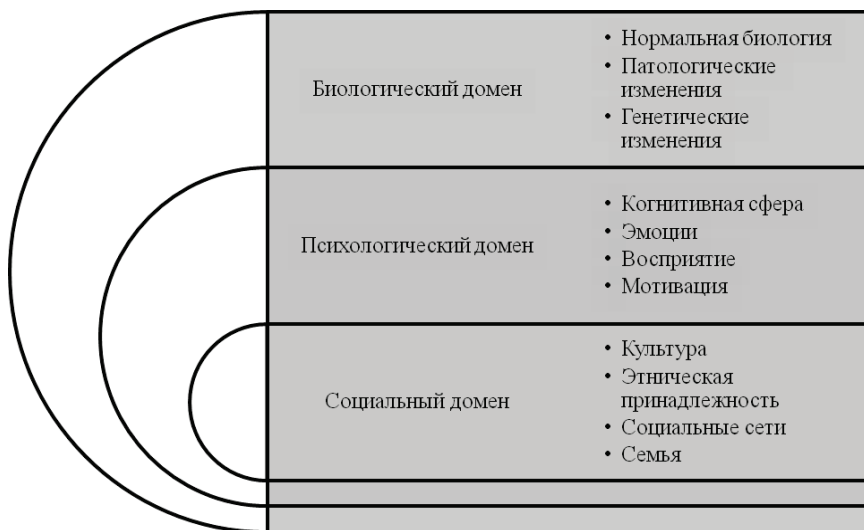


Рис. 1. Модель биопсихосоциальной оценки

Основными принципами данной модели являются:

– принцип системных отношений «личность-в-ситуации» – психосоциальная модель осмысляет интернальные (психологические) и экстернальные (социальные) дисфункции субъекта в их единстве и особенностях. Системные отношения «личность-в-ситуации» представлены как тройная конфигурация, состоящая из человека, ситуации и взаимодействия между ними. Именно в этой системе выявляются проблемы клиента, на которые должны быть направлены интервенции. Проблемы анализируются, исходя либо из неадекватного функционирования самого клиента, либо окружающей среды, либо исходя из их взаимодействия;

– принцип организмической перспективы – раскрывается в том, что изменение одной части системы приводит к изменению другой, изменение ситуации клиента приводит к изменению его индивидуального развития и социального функционирования;

– принцип терапевтических отношений – необходимый компонент психосоциальных интервенций, которые осуществляются на различных уровнях и системах вербальной и невербальной коммуникации. При этом социальный работник выстраивает трансферентные отношения, где обратная связь и инсайт являются базовыми элементами данных взаимодействий. В основе отношений эмпатия и принятие клиента, при этом отношения корректируются в зависимости от

их динамики и возникающих барьеров. Терапевтические отношения характеризуются, следующими особенностями:

- акцент на клиенте, в отношении которого безусловное принятие, уважение, открытость во взаимодействии;
- реализация личностно-центрированного подхода – социальный работник выстраивает отношения, исходя из потребностей клиента, на основе эмпатии и принятия, стимулирует сильные стороны его, тем самым укрепляется Эго-слабое субъекта;
- уважение к самоопределению клиента – социальный работник уважает и принимает самостоятельные решения и поступки клиента, не ограничивая его действия;
- научная объективность – социальный работник осуществляет взаимодействие на основе научных подходов;
- принцип междисциплинарного подхода – интервенции в психосоциальной модели реализуются на основе междисциплинарного подхода, используя различный спектр интервенций и теорий от клиент-центрированных интервенций и подходов до элементов психотерапии и психоанализа.

2.2.2. Философия оценки в клинической модели социальной работы

Оценка в клинической модели основана на понимании потенциального ограничения клиента, анализ ситуации осуществляется с учетом «внешних» и «внутренних» миров, влияющих на формирование проблемы.

Оценка, исходя из концептов *Ф. Холлис*, должна формироваться на основе следующих установок:

- в чем выражается проблема;
- причины проблемы;
- что возможно изменить в проблемной ситуации¹.

Большое внимание уделяется прошлой жизни клиента, однако анализу подвергается не весь его жизненный опыт, а только те эпизоды, которые позволяют понять возможные истоки проблемы. Проблемы прошлого и настоящего социального функционирования клиента становятся основой оценки социальным работником.

Основные векторы анализа в клиническом подходе определены *К. Грейбелом* по следующим направлениям работы с клиентом.

¹ Hollis F. Social Casework. New York: Columbia University School of Social Work. 1967. Vol. 48. Iss. 8. Pp. 489–492.

Области клинической оценки К. Грейбела

Типовые области оценки	Особенности анализа
Представление проблемы	Детальное описание. Описание симптомов психического состояния. Копинг-стратегии.
Представление истории проблемы	Начало и продолжительность проблемной истории. Развитие интерактивных последствий проблемы для клиента. Предыдущая история лечения.
Индивидуальная история клиента	Медицинская история. История психосоциального развития. Возможное насилие в детском возрасте. Диета, питание. Физическая активность.
История злоупотреблений психоактивными веществами	Появление, частота, количество. Выбор психоактивных веществ: алкоголь, наркотики, никотин, азартные игры. Последствия: физические, психологические, социальные.
История семьи	Возраст, здоровье родителей, сестер, братьев. Описание культурных взаимоотношений. Этнические особенности семьи. Болезни, психические заболевания.
Занятость и образование	История получения образования. История профессиональных достижений. Закономерности и проблемы.

Как считает У. Клеменс, помимо основных фокусов оценки в клинической социальной работе возможны дополнительные, которые не менее значимы для анализа ситуации клиента, при этом оцениваются различные уникальные клиентские системы, а также важнейшие жизненные переходы, которые осложняют социальное функционирование клиентов на всех уровнях¹.

Система дополнительных фокусов оценки охватывает такие сферы, как этапы и переходы развития, межличностное пространство, социальную среду клиента, сферу особого внимания, которая соответствует возрастному этапу клиента или особенностям перехода, социальный контекст и духовность.

¹ Clemens E.L., Hayes H.E. Assessing and Balancing Elder Risk, Safety and Autonomy: Decision-Making Practices of Health Care Professionals // Home Health Care Services Quarterly. 1997. Vol. 16. Iss. 3. Pp. 3–21.

Каждая из данных систем имеет свою группу вопросов, базовыми которых являются следующие:

Этапы и переходы развития:

Рассмотреть вопросы переходного периода и конкретных потребностей в развитии/этапов. В отношении людей с инвалидностью, приобретенной инвалидностью, иммигрантов и беженцев, какие дополнительные переходы имели значительное влияние в их ситуации.

Межличностное пространство:

Кто из значимых лиц является важным для этой клиентской системы? Какая неофициальная и официальная поддержка доступна в это время?

Окружающая среда:

Каковы существенные факторы в повседневной системе клиента? Какие имеются доступные ресурсы? Какие факторы способствуют образованию барьеров? Окружающая среда клиентской системы может быть благоприятной или враждебной?

Социальный контекст:

Социальные реалии и социальная политика, влияющие на клиентскую систему: культурные, социально-экономические, расовые, этнические аспекты, политическая обстановка, дискриминация и угнетение; информационно-коммуникативная деятельность; вопросы, связанные с социальной справедливостью.

Особое внимание:

Что делает ситуацию клиента уникальной: язык, инвалидность, горе и утраты, грамотность, травмы, иммиграция, бродяжничество, другие проблемы?

Какие уникальные сильные стороны присутствуют? Какие этические проблемы актуальны?

Духовность:

Какие убеждения, ценности и/или ритуалы имеют смысл для данной клиентской системы?

Основные проблемные области, которые определяют своеобразие и уникальность ситуации, представлены на следующей таблице (табл. 2).

Таблица 2

Система оценки клинической практики по модели У. Клеменса¹

Этапы и переходы развития	Межличностное пространство	Окружающая среда	Особое внимание	Социальный контекст	Духовность
Младенчество	Семья	Дом	Язык	Социально-экономический статус	Восприятие
Дошкольник	Семейная структура	Соседство	Мобильность	Цвет	Ценности
Детский возраст	Дети	Занятость	Психиатрическая диагностика	Раса	Верование
Младшие школьники	Сверстники	Школа	Медицинские проблемы	Этничность	Чувства
Подросток	Друзья	Здравоохранение	Альцгеймер	Национальная принадлежность	Религиозное вероучение
Юношеский возраст	Партнеры	Службы психического здоровья	Психическая и физическая инвалидность	Возраст	Индивидуальное постижение
Пожилой человек	Значимые другие	Система защиты	Горе/ Потери	Класс	Поддержка
	Коллеги	Доступ к услугам	Депрессия	Гендер	Свобода
Переходы	Соседство	Насилие	Травма	Культура	Доступность
Школа/ Работа	Религиозное сообщество	Безопасность	Дискриминация	Секс	Общественные санкции
Выход на пенсию	Социальные сети	Правительство/ Социальные программы	Сохранение идентичности	Грамотность	Мораль
Семейное положение	Любимец	Передвижение	Сексуальные ориентации	Политический климат	Индивидуальные представления
Развод	Фактические отношения	Религиозная организация	Гендерная идентичность	Жизненный стиль	Обычаи
Отношения				Социализация	Праздники
Дети				Аккультурация	Чествования
Смерть/ Потери				Предубеждения	Трансценциальность и помощь
Перемещение				Роли	

¹ Clemens E.L., Hayes H.E. Assessing and Balancing Elder Risk, Safety and Autonomy: Decision-Making Practices of Health Care Professionals // Home Health Care Services Quarterly. 1997. Vol. 16. Iss. 3. Pp. 3–21.

Особенность интервенций (лечения) в технологической модели

Интервенции в клинической модели, как считает американский ученый *Е. Голдштейн*, являются синтезом различных поведенческих подходов и подходов социального развития¹. Помимо этих конструктов, данная модель базируется на психоаналитической теории З. Фрейда, эго-психологии, системной теории, ролевой теории, теории коммуникации, ранкианской психологической теории, парадигме экзистенциальной психологии и теориях социализации.

Клиническая модель терапии позволяет адаптировать субъекта к возникшим проблемным ситуациям. Организованные интервенции позволяют клиенту:

- в результате осознания проблемы (инсайта) приобрести опыт её разрешения;
- изменить свои когнитивные и поведенческие паттерны в результате взаимоотношений с социальным работником;
- достичь нового уровня индивидуального и социального развития.
- Философия интервенций базируется на основе директивных и недирективных подходов, которые раскрываются в следующей логике последующих действий, которых необходимо достичь:
 - клиента необходимо подвести к осознанию им случившихся изменений в себе и окружающих;
 - у клиента необходимо активизировать индивидуальный адаптивный потенциал;
 - необходимо уменьшить дистресс у клиента за счет выражения им своих эмоций и терапии;
 - необходимо осуществлять постоянную поддержку клиенту в процессе терапевтических взаимодействий;
 - терапия зависит от эффективных отношений между клиентом и социальным работником.

2.2.3. Технология клинической социальной работы в учреждениях социальной защиты

Первичный контакт в клинической социальной работе

Первичный контакт в клинической практике социальной работы в учреждениях социальной защиты имеет общие подходы, характерные для работы со

¹ Goldstein E. What is clinical social work? Looking back to move ahead // Clinical Social Work Journal. 2006. Vol. 24. Pp. 89–104.

всеми типами клиентов, как для терапевтических процедур, так и для системы первичного оценивания ситуации.

Работа с клиентом

Первичная оценка ситуации клиента. Первичная оценка строится на основе биопсихосоциального подхода, позволяющего осмыслить своеобразие случая, исходя из индивидуальных биологических, психологических, социальных особенностей клиента, и имеет форму стандартизированного опросника.

Основные разделы вопросника направлены на выяснение общего характера проблемы, особенностей социального функционирования клиента в процессе жизнедеятельности и анализ клиентской системы поддержки, с выявлением сильных сторон и возможных ресурсов. Ниже приведена одна из методик описания проблемного случая, позволяющая проанализировать проблемы в основных ее сферах (таблица 3).

Таблица 3

ОСОБЕННОСТЬ ПРОБЛЕМЫ КЛИЕНТА		
Причины обращения за помощью Что заставило клиента обратиться за помощью сейчас, а не раньше? Как клиент пытался решить проблему ранее (и с какими результатами)? Как клиент определяет наличие проблемы? Каковы вероятные причины проблемы?	События, послужившие обращению за помощью Когда возникли первые проблемы? Это давняя нерешенная проблема или она появилась недавно? Как долго проблема продолжается? Как часто возникает проблема? Какова интенсивность проблемы? Что происходит непосредственно перед возникновением проблемы? Что происходит сразу после возникновения проблемы?	Компетенции клиента Каковы уникальные способности, навыки, установки, мотивация, сильные стороны и возможности клиента? Каковы конкретные сильные стороны клиента? Каковы показатели устойчивости? Какие компетенции должны быть усилены или поддерживаться? Какой жизненный опыт может быть мобилизован, чтобы стимулировать и поддерживать процесс изменений? Какие клиентские ресурсы возможны для решения проблемы? Как клиент относится к социальному работнику, есть ли трудности в раскрытии проблемы?

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ КЛИЕНТА

Индивидуальность			
Особенности когнитивного функционирования клиента, как воспринимаются проблемы? Какие свидетельства доказывают, что клиент может рационально подходить к решению проблемы? Какие существуют объективные признаки рационального/иррационального мышления?	Особенности эмоционального функционирования клиента, какие существуют факты, свидетельствующие об эмоциональной неуравновешенности клиента? Как клиент управляет эмоциями в проблемной ситуации? Поведенческое функционирование клиента в проблемной ситуации? Существуют ли у клиента особенности в поведении? Есть ли нарушения?	Физиологичное функционирование клиента, были ли обращения в медицинские учреждения в течение последнего года? Если да, то каковы причины обращения? Были ли у клиента в последнее время болезни или операция? Клиент принимает какие-либо лекарства? Принимает ли клиент психоактивные вещества?	Психическое функционирование, существуют ли внешние проявления патологических состояний: общий вид, одежда, поза, проксемика. Наблюдаются ли нарушения в мышлении (галлюцинации, бред)? Наблюдаются ли нарушения в сознании (память, внимание)? Есть ли нарушения в эмоциональной сфере (аффекты, несоответствия настроения)?

Рольное функционирование клиента				
Роли клиента и исполнение ролей Какие роли выполняет клиент (супруг и/или родитель)? Проблемы клиента, связанные с исполнением ролей. Проблемы клиента, связанные с удовлетворением ролями. Существуют ли серьезные проблемы с детьми, в браке? Есть ли другие близкие отношения?	Индивидуальные истории Аспекты развития: проследить историю рождения клиента, историю развития (включая время беременности матери), этапы индивидуального развития, включая историю болезни, если есть. Изучить сексуальные, супружеские и семейные истории (например, домашнее насилие, жестокое обращение). Есть ли правовая история? Чем является семейная жизнь для клиента?	Межличностные отношения Как воспринимается проблема каждым членом семьи? Статус супругов /партнеров клиента? Каково качество интимных отношений клиента? В каком возрасте клиент вступил в супружеские отношения? Сколько браков (или партнерских отношений) имел клиент?	Структура семьи Описание семейной системы: структура, границы, сплоченность, гибкость, правила, семейные союзы, семейные традиции, ведение переговоров, решение семейных проблем, своеобразие в схемах взаимодействия. Уточнить, были ли в последнее время серьезные болезни или смерти в семье? Как клиент может описать родителей и/или братьев и сестер (если таковые имеются)?	Производственная сфера Межличностные производственные или учебные вопросы: насколько клиент доволен работой / образовательным учреждением? Есть показатели успешных достижений? Есть ли проблемы, связанные с оценкой в производственной сфере, обучении? Описать взаимоотношения клиента с коллегами / сверстниками. Описать способности клиента взаимодействовать с производ-

	Может ли клиент вспомнить какие-то конкретные события, повлиявшие на дальнейшие события (развод, смерть родных)?			ственными и учебными группами. Производственные и учебные истории. Качество производственных и учебных взаимоотношений.
--	--	--	--	---



КЛИЕНТ В КОНТЕКСТЕ СЕТЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ	
Социальные аспекты поддержки Какие ресурсы есть у клиента? Насколько адекватны материальные ресурсы клиента (жилье, транспорт, система потребления)? Что клиент знает о местных ресурсах и возможности их использования? Какие фактические или потенциальные возможности поддержки доступны клиенту в окружающей среде? Есть ли у клиента доступ к семейной поддержке, к поддержке социальных учреждений? Каковы риски и уязвимости в клиентской системе? Какие факторы осложняют жизненные и адаптивные процессы клиента?	Кросскультурные аспекты поддержки Есть ли какие-либо этнические/культурные аспекты жизнедеятельности клиента? Является ли принадлежность клиента к этнической или культурной группе источником стресса или поддержки? Какова степень его аккультурации? Есть признаки предубеждения или дискриминации со стороны других по отношению к клиенту? В какой степени существует изоляция и / или участие вне семейных объединений и / или ассоциаций, таких, как этнические или культурные группы? Как воспринимается клиентом влияние этнической идентификации со стороны культурной группы? Как социокультурные факторы (расизм, сексизм, культурные ценности) влияют на работу клиента? Опишите ситуацию клиента, в которой он стал жертвой социальной и / или экономической несправедливости. Может ли клиент привлечь ресурсы своей культуры или этнической группы?

В данной модели оценки устанавливаются приоритеты клиента, его возможности, реальные и скрытые ресурсы, индивидуальные и со стороны социальных систем. Осмысляются возможные клинические проблемы и индивидуальные дисфункции, их влияние на социальное функционирование клиента. Данная модель оценки позволяет выстраивать комплексные интервенции на основе ресурсов индивида, социального агентства и ресурсов окружающих социальных систем.

Специфика оценки в клинической социальной работе

В клинической практике социальной работы сложились определенные домены проблем, которые решают профессионалы, к таким проблемам можно отнести:

- эмоциональные проблемы (депрессии, тревоги, эйфории);
- соматические проблемы (психосоматические расстройства, расстройства пищевого поведения);
- поведенческие проблемы (нарушения поведения, пассивно-агрессивное поведение, рискованное поведение);
- производственные проблемы (профессиональные, обучения);
- институциональные проблемы (брачно-семейные проблемы, проблемы воспитания).

– Оценка в клинических моделях технологии социальной работы строится, исходя из системного подхода к ситуации клиента, где он в системе важнейших средовых факторов, в логике концептов «личность-в-окружающей среде», в основе которой концепции социального функционирования и человека в системе окружающей среды. Такое системное понимание клиента позволяет, согласно исследованиям *Дж. Карлсон и К. Вандрей*, социальным работникам:

- оперировать общим языком описания проблем клиентов на различных уровнях функционирования;
- оперировать общими подходами к психосоциальным феноменам;
- иметь общие основания для сбора данных, необходимых для оценки потребностей в услугах;
- осуществлять коммуникации между различными профессиональными группами, имеющими свои предметные языки и инструменты оценки¹.

В клинической практике социальной работы сложились следующие модели оценки на основе концептов «личность-в-окружающей среде» (PIE):

PIE фактор I – в основе оценки проблемы социального функционирования клиента,

PIE фактор II – в основе оценки проблемы окружающей среды,

PIE фактор III – в центре оценки психического здоровья клиента,

PIE фактор IV – в основе оценки проблемы физического здоровья клиента.

В практике клинической социальной работы наиболее распространенными моделями являются модели оценки, анализирующие социальное функциониро-

¹ Carlson J., Budney B. Social work's legacy: Irreconcilable differences? // *Clinical Social Work Journal*. 2002. Vol. 30 (2). Pp. 187–200.

вание клиента и проблемы окружающей среды, осложняющей жизнедеятельность клиента.

Таблица 4

Основные модели оценки психосоциальной практики.

Структура оценивания

РІЕ фактор І. Проблемы социального функционирования	РІЕ фактор ІІ. Экологические проблемы
– Социальная роль, в которой определяется специфическая: – семейная роль (родителя, супруга, ребенка, брата, другого члена семьи); – другие межличностные роли (любownika, друга, соседа, член сообщества); – профессиональные роли (работника-наемный, работник-домашний, работник-волонтер, студент); – специальные жизненные роли (потребитель, стационарный клиент, амбулаторный клиент, «иммигрант правовой», «иммигрант нелегальный», «иммигрант-беженец»). – Тип проблемы на основе социальных ролей (девять типов: власть, амбивалентность, ответственность, зависимость, потеря, изоляции, смешанные). – Опасности и риски (оценивается по 6-балльной шкале). – Продолжительность проблема (шесть категорий). – 5. Способность клиента справиться с проблемой (шесть уровней).	– Социальная система (шесть основных систем-подкатегорий): – экономические/базовые потребности в системе проблем; – образование и обучение в системе проблемы; – судебно-правовые проблемы в системе; – здравоохранение, безопасность и проблемы социального обслуживания; – общественные объединения поддержки в системе проблем; – волонтерская поддержка в системе проблемы. – Конкретный тип проблемы в рамках каждой социальной системы (71 подкатегория; число варьируется для каждой из шести социальных систем). Примеры проблем социальной системы: отсутствие регулярного питания, отсутствие жилья, отсутствие социально-значимого образования, дискриминация, отсутствие полиции, небезопасные условия в доме, барьеры в оказании социальных услуг, отсутствие системы поддержки, отсутствие у общества принятых религиозных ценностей и т. д. – Опасности и риски (оценивается по 6-балльной шкале). – 4. Продолжительность проблемы (шесть категорий).

Специфика интервенций в клинической социальной работе

Клинические интервенции – это система директивных интервенций, направленных на решение проблем индивида, семьи, группы. В основе практики интервенций – методы лечения и профилактики психосоциальных дисфункций, эмоциональных и психических расстройств, работа с проблемами психического здоровья.

Клинические интервенции реализуются в системном подходе к клиентам в логическом конструкторе «личность-в-окружающей среде».

Базовые принципы клинических интервенций

- диагностический процесс основывается на критическом изучении проблем клиентов, относительно которых запрашивается помощь, необходимо всестороннее понимание ситуации, при этом большое внимание уделяется отдельным деталям,

- диагноз основывается на знании социальным работником взаимосвязи социальных и психологических факторов, влияющих на клиента,

- в процессе диагностики проблем клиента внимание сфокусировано на взаимодействии внешних и внутренних сил, процесс диагностики несет в себе терапевтические функции,

- проблема клиента должна изучаться с позиций нескольких теорий, подходов, моделей,

- понимание психодинамики и патологических симптомов клиента определяет систему реализуемых интервенций,

- для решения проблем клиента необходимо определить его индивидуальные ресурсы и возможности позитивного изменения.

Основными ролями социального работника являются:

- ✓ психосоциальный консультант;

- ✓ терапевт;

- ✓ социальный адвокат;

- ✓ кризисный помощник;

- ✓ психосоциальный педагог;

- ✓ конфликтолог.

Как считает американский исследователь *С. Аскитц*, основные интервенции социального работника в роли социального адвоката и консультанта:

= социальный адвокат – может выступать в качестве защитника интересов личности, семьи, группы, от их имени, особенно в тех случаях и ситуациях клиентов, когда они имеют проблемы с психическим здоровьем.

= психосоциальный консультант – социальный работник осуществляет помощь клиенту через систему интервенций, направленных на изменение его представлений, поведения, взаимодействия в окружающей среде¹.

В клинической практике социальной работы с различными социальными группами сложились определенные интервенции, которые социальные работники реализуют в различных сферах (табл. 5).

¹ Asquitz S. What Social Workers Do. (2nd Edition). Washington, DC: Nasw Press. The Guardian, Social Care Network, 2005. Pp. 576–590.

Основные интервенции с различными социальными группами

Типология интервенций	Основные виды интервенций	Характеристики группы
Интервенции социального ухода и терапии	Интервенции социального обслуживания, социальной терапии, кризисной терапии.	Пожилые люди, клиенты-подростки, женщины-клиенты
Интервенции реабилитации и абилитации	Интервенции реабилитации, социальной поддержки, терапии, социального, медицинского обслуживания.	Клиенты с ограниченными физическими и психическими возможностями, ВИЧ-инфицированные клиенты, клиенты с неизлечимыми болезнями.
Интервенции антидискриминации	Интервенции аккультурации, антидискриминации, активизации.	Клиенты эмигранты, клиенты различных групп меньшинств.

Интервенции социального ухода и терапии

Данные интервенции связаны со спецификой групп, которые имеют проблемы с социальным функционированием. Пожилые клиенты, которые, помимо проблем биопсихосоциального развития, чаще, чем другие группы, являются жертвами насилия, пренебрежения, агрессии.

Основные интервенции в отношении клиентов пожилого возраста

Интервенции данной группы клиентов связаны с различными проблемными полями, среди которых можно выделить:

- психологические проблемы;
- проблемы с социальной изоляцией;
- проблемы в семейных отношениях;
- проблемы с психическим и физическим здоровьем;
- проблемы с клиническими рисками.

Психологические проблемы, согласно исследованиям Э. Эриксона, связаны с нерешенными проблемами предыдущих этапов развития человека, и они могут существенно осложнять социальное функционирование на последних этапах жизни¹. Не менее сложной проблемой являются состояния депрессии, которые могут быть вызваны ситуациями горя и утраты, порождают различные страхи, например, страх одиночества. Данные проблемы могут вызывать эмоциональные реакции – от социальной изолированности до суицидальных состояний.

Проблемы семейных отношений связаны с изменением ролей родительства. Старшие члены семьи с возрастом становятся все более зависимыми от своих

¹ Erikson E.H. On the Nature of Psycho-Historical Evidence. In Search of Gandhi // Daedalus. 1968. Vol. 97. No 3. Pp. 695–730.

детей, особенно в ситуациях недееспособности. Проблемы могут быть связаны со стереотипами ухода, особенно, когда родители ухаживали за своими пожилыми родителями и предполагали, что данное поведение будет характерным для их собственных детей. Однако, проблема ухода за родителями может принимать иные формы, что может приводить к различным психологическим травмирующим формам.

Клинические риски, связанные с жестоким отношением к людям старшего поколения, агрессивное поведение со стороны молодых и сильных – *эйджизм*. Другим фактором является ограничение активности пожилых людей в повседневной жизни, ограничения в перемещении в окружающей среде. Для людей пожилого возраста опасность представляют ситуации бесконтрольного употребления медикаментозных препаратов, алкоголизма, различных форм деменции.

Основными формами интервенций являются различные модели индивидуальной и групповой терапии. Клинические интервенции имеют направления когнитивно-поведенческой терапии, поддерживающей терапии, методов психоанализа.

Специальными интервенциями для клиентов пожилого возраста являются модели – *реминисцентная интегративная терапия, валидационная терапия, ориентированная на реальность*. К интервенциям ухода относят модели долгосрочного ухода за пожилыми людьми различных форм: от программ и стационарного обслуживания на дому до институциональной поддержки в профильных институтах поддержки, приемных семьях.

Реминисцентная интегративная терапия построена на воспоминаниях пожилых клиентов, им помогают принять прошлые негативные события, неразрешенные конфликты. Задача – помочь клиентам изменить направление мышления с прошлых проблем, через систему копинг-стратегий сосредоточить на цели, которые больше отвечают существующим условиям жизни.

Валидационная терапия. Интервенции данной модели помощи предназначены пожилым клиентам, которые имеют когнитивные нарушения, диагноз на основе деменции. Терапия базируется на основе признания реальности болезни, осмысления ряда переживаний, поиска причин поведения и включает специфические приемы работы с клиентом, основанные на исследовательском интервьюировании.

Терапия, ориентированная на реальность – система интервенций, позволяющих улучшить качество жизни пожилых клиентов, ориентация клиента в реальности, которая соответствует его биопсихосоциальному состоянию. Ориентация на реальность позволяет улучшать самочувствие клиента, повышает его само-

оценку, объективно оценивать свои возможности во взаимодействиях в окружающей среде.

Интервенции долгосрочного ухода за пожилыми клиентами реализуются в моделях ухода в приемных семьях либо в домах-интернатах для престарелых. Модели помощи адресованы клиентам, которые неспособны к самостоятельному проживанию из-за физического или психического состояния. Их биопсихосоциальные особенности определяют требования к системным интервенциям, которые должны обеспечивать их жизнедеятельность. Данные виды интервенций направлены на помощь клиентам:

- в осуществлении ежедневной личной гигиены;
- в организации ежедневного досуга;
- в организации перемещений в учреждениях здравоохранения и учреждениях культуры;
- в осуществлении питания клиентов;
- в предоставлении необходимых лекарств;
- в предоставлении социального взаимодействия.

ГЛАВА 3

ЖИЗНЕННЫЙ СЦЕНАРИЙ ЧЕЛОВЕКА В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНО-ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА

3.1. Теоретические подходы к жизненному циклу человека

Система проблемных ситуаций клиента социальной работы исследуется в контекстах жизненного цикла. В социальном познании сформированы определенные подходы, которые систематизированы вокруг основного концепта «жизненный цикл» или «жизненный путь» человека. Он позволяет осмыслить развитие человека в течение его жизнедеятельности, анализировать ситуацию клиента на основе научных подходов о цикличности жизнедеятельности, его индивидуальную историю в контексте проблем реального случая, в логике научных подходов «личность в окружающей среде» моделировать необходимые техники интервенций.

Донаучные подходы к жизненному циклу человека

Системные представления о цикличности человеческой жизни, ее развитии и оформления в социальных системах зарождаются в глубокой древности.

Румынский, американский философ *Мирча Элиаде* цикличность времени осмысляет как некую форму, которая определяет коллективную и индивидуальную жизнь человека¹. Человек находился изначально в цикличном «пространственно-временном» измерении: со сменой годовых циклов, форм земледельческих работ, возрастных и семейных циклов. Как считал исследователь, в этих циклах настоящее повторяло прошлое, а будущее повторяло настоящее. При этом можно отметить, что цикличность проявлялась на различных уровнях, сегодня мы бы сказали на макро-, мезо- и микроуровнях.

Согласно исследованиям французского ученого П. Гиро, в период политеизма многочисленные боги помогали осуществлению как индивидуального жизненного сценария человека, так и интеграции его в общество в рамках традиций, то есть жизненный цикл человека от рождения до смерти осмыслялся в нескольких измерениях².

С одной стороны, на каждом важном этапе жизни его поддерживали многочисленные Боги, которые «помогали» человеку «решать» в соответствии с его

¹ Элиаде Мирча. Словарь религий, обрядов и верований. Серия: Философские технологии. – М.: Академический Проект, 2019. 382 с.

² Гиро Поль. Быт и нравы древних римлян. Серия: Популярная историческая библиотека. – Смоленск: Русич, 2000. 576 с.

возрастом определенные задачи цикла развития. Они сохраняли ему жизнь, позволяли интегрироваться в семью, начиная от этапа, когда ребенок «признавался отцом», и заканчивая, например, для девушек, «принятием в семью». И здесь мы можем говорить о своеобразных «концептах социализации».

Боги помогали человеку на различных стадиях его физического и «психического развития», начиная от «перинатального периода», «Partula – присутствует при первых родовых болях», до юношеского возраста, когда определяется не только физическое, но и когнитивное развитие юноши, «Numeria – учила считать», «Camena – учила петь», «Minerva – укрепляла память».

Семья как отдельный этап жизни человека включается в его цикл «рождения и смерти». Драматические события семейной жизни могут осложнять либо нарушать цикл развития человека, разрушить «круговорот» временных исторических событий, приводить к «прекращению существования рода», частью которого осмыслялся человек. Боги на данном этапе осуществляли поддержку в следующих «проблемных ситуациях»: помогали во время нужды (Tutanus и Tutilina), в дни супружеских раздоров (Viriplaca), оказывали помощь бездетным родителям (Orbona). Можно отметить, как на этой стадии зарождается не только антропоцентристский подход к человеку в системе координат «жизни и смерти», но именно здесь начинают формироваться общие механизмы научной рефлексии жизненного цикла человека в контексте семьи и общества. В таблице 1 показана система изменений и «патронажа» богами жизненного сценария человека от рождения до смерти.

Т а б л и ц а 1

Основные этапы человека в Древнем Риме, по П. Гиро

Период жизни	Боги, выполняющие функции
Рождение	Partula – присутствует при первых родовых болях Lucina – руководит самим рождением Diespiter – дарует ребенку свет Vitumnus – жизнь Vaticanus, или Vagitanus – открывает рот и производит первый крик новорожденного
1–8 день жизни	Leuana – поднимала ребенка с земли и представляла отцу, который признавал его своим Cinina – охраняли колыбель; Rumina – приучали сосать грудь
9 день жизни	Nundina – богиня девятого дня Ceneta, Mana и феи (Fata) определяли ребенку счастливую судьбу
Период отнятия от груди	Educa и Potina – учили есть и пить Cuba – следовала за ребенком, когда он переходит из колыбели на кровать Ossipaga – укрепляла его кости Carna – укрепляла мускулы Abeona и Adeona – обучали идти вперед и возвращаться назад; Iterduca и Domiduca – обучали ходить вне дома

Период жизни	Боги, выполняющие функции
Развитие души (раннее детство)	Farinus – помогала издавать первые звуки Fabulinus – учила словам Iocutius – учила целым предложениям
Развитие разума, воли, чувств (подростковый период)	Mens, Mens bona, богиня ума и здравого смысла Volumnus, Volumna или Voleta, божества, способствовали принятию решений Volupia – богини наслаждения; Venilia – богиня надежд
Юность (юноши)	Numeria – учила считать Camena – учила петь Minerva – укрепляла память Jwentas – юность и Fortuna barbata – бородастая фортуна – оживляла тело юноши, вступающего в зрелый возраст
Юность (девушки)	Juno Juga или Pronuba – богиня, заведовала предбрачными событиями Afferenda – заведывала приданым; Domiducus – приводил новобрачную к супружескому дому Domitius помогал решиться войти в этот дом Manturna – заставляла остаться там жить
Семья	Tutanus и Tutilina, – помогавшие во время нужды Viriplaca – помогала в дни супружеских размолвок Orbona – к ней обращались за помощью бездетные родители
Смерть	Caecutus – лишавший света глаза человека Viduus – отделявший душу от тела Mors – заканчивала дело смерти Libitina – участвовала в погребальном шествии Nenia – в оплакивании покойника

Таким образом, проблема жизненного цикла воспринимается в мировой цивилизации в контексте «личность – окружающая среда» как целостная система. При этом и концепты социализации, биопсихосоциального развития, а также духовного становления на основе рефлексирования «Эго» оформляются как архетипические и находят свое отражение в познавательных комплексах и подходах социальных наук в XX–XXI веках.

Подходы к описанию траекторий жизненного пути человека в социальном познании

Научный подход к жизненному пути человека начинает оформляться во второй половине XX века как комплексное исследование в различных научных дисциплинах: социальной антропологии, социологии, социальной истории, психологии, демографии. В социологии научный подход к жизненному пути человека был положен представителями чикагской школы *Т. Уильямом* и *Ф. Занецким*, опубликовавшими работу «Польский крестьянин в Европе и Аме-

рике»¹. На фактическом материале исследователи изучили трансформацию жизненного пути человека в изменяющемся историческом контексте. В основе их подходов оформились методология и принципы описания жизненного сценария человека, в основе которого концепт взаимосвязанных жизней. Этот концепт становится основным в осмыслении важнейших процессов в жизненном сценарии человека, таких как реализация последовательности жизненных ролей, синхронизация отношений в различных периодах жизнедеятельности человека.

Эти подходы дали импульс развитию подходов *У. Бронфенбреннера* в концепции экологии человеческого развития², *М. Грановеттера* в моделях социальных сетей³, «модели конвоя» *Р. Кана* и *Т. Антонуччи*⁴, где в процессе жизнедеятельности человека его поддерживают окружающие люди и социальные системы. Дальнейшее отражение данных подходов оформляется в концепции жизненного пути американского социолога *Глена Элбера* и других исследователей⁵.

Работы американских социологов вызвали определенный научный интерес у представителей других областей познания, например, психологов, которые траекторию жизненного пути рассматривали в контексте развития психических структур личности. В частности, *З. Фрейд* – психодинамическую природу личности⁶, *Э. Эриксон* – динамическую природу эго-идентичности человека на разных этапах его развития⁷, *Ж. Пиаже* – формирование когнитивных процессов человека⁸, *Л. Колберг* – этапы морального развития⁹.

¹ Thomas S., Znaniecki F. The Polish Peasant in Europe and America. Vol. 1. Part. 1. N-I. 1918. 152 p.

² Bronfenbrenner U. The ecology of human development. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979. 330 p.

³ Granovetter M. The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited // Sociological Theory. 1983. Vol. Pp. 201–233.

⁴ Kahn R.L., Antonucci T.C. Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support // Life Span Development and Behavior / P.B. Baltes, O.G. Brim (Eds.). San Diego, CA: Academic Press. 1980. Vol. 3. Pp. 253–286.

⁵ Elder G.H. Jr. Perspectives on the Life Course // Life Course Dynamics. Ithaca: Cornell University Press, 1985. Pp. 1–12.

⁶ Фрейд З. Введение в психоанализ – М.: Директ-Медиа, 2008. 1070 с.

⁷ Erikson E.H. The Galilean Sayings and the Sense of 'I' // The Yale Review. 1981. No 70. Pp. 321–362.

⁸ Пиаже Ж.В.Ф. Психология интеллекта: монография. – М.: Директ-Медиа, 2008. 351 с.

⁹ Kohlberg L., Lickona T. Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach // Moral Development and Behavior: Theory, Research and Social Issues. Holt, NY: Rinehart and Winston, 1976. URL: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0463-8_335.

Социальные науки определили общие концепты познания в подходах жизненного пути человека, которые представляют интерес для технологии социальной работы. Такими концептами являются: когорты, траектории жизненных переходов, переломных моментов. Данные концепты позволяют оценивать проблемные ситуации клиентов с позиций многофакторного анализа, анализируя индивидуальные траектории био-психо-социального развития человека, в контексте факторов, приводящих к изменению жизненного пути. Научный интерес к данной тематике для геронтологической социальной работы проявляется и в том, что клиенты предстают в своем неразрывном единстве как субъекты развития, жизнедеятельность которых определяют всевозможные контексты, но в то же время как субъекты и объекты проблемных ситуаций, принимающих разнообразные формы. Проблемные ситуации вызваны определёнными жизненными событиями либо переломными моментами, жизненными переходами, могут формироваться на различных микро-, мезо-, макроуровнях постепенно как череда исторических событий, или синхронно в едином временном цикле на всех уровнях, влияя тем самым на индивидуальную историю жизненного пути человека.

3.2. Социально-геронтологический подход к изучению жизненного сценария человека

Возрастные изменения человека являются объективными факторами его жизнедеятельности, которые связаны с процессом старения. Процесс старения – это биопсихосоциальный процесс, где факторы здоровья играют не последнюю роль в определении возможностей социального функционирования человека.

Американский ученый Б. Стрехлер в основе биологических механизмов старения выделил четыре базовых критерия:

- универсальность – старение характерно для каждого человека,
- обусловленность процесса – изменение в организме происходит постоянно и объективно, они не зависят от внешних причин,
- изменения происходят с течением времени, имеют накопительный эффект,
- дегенеративные изменения сопровождают человека в течение его жизни¹.

Все эти факторы позволяют определить, что в процессе биопсихосоциального развития человека складываются обратные устойчивые процессы, которые формируют основания для механизмов инволюции, приводящих со временем к

¹ Strehler B.L., Mildvan A.S. General Theory of Mortality and Aging. Science. 1960. Pp. 14–21.

деградации как отдельных систем человека, так и организма в целом. В процессе жизнедеятельности человека можно выделить три основных этапа:

- социальной интеграции – от 0 до 21 года,
- социального функционирования – от 22 до 64 лет,
- этап сохранения и поддержки неутраченных функций – от 65 до 80+.

Каждый этап жизнедеятельности человека, протекая в конкретном историческом пространстве и времени, будет определяться социальными институтами, сетями социальных контактов, которые на протяжении жизни человека будут изменяться так же, как и биопсихосоциальное состояние человека. Эти подходы отражены на рисунке 1.

При этом одни тенденции, связанные с развитием человека, например, на фазе социальной интеграции, будут возрастать, к этапу 65-80+ они будут угасать, тогда как процессы инволюции на ранних этапах, 0-21 год, имеют незначительные проявления, на последнем этапе жизнедеятельности человека – возрастающее значение.

На первом этапе социальной интеграции становление человека обусловлено процессами развития: физиологическим, психологическим, когнитивным, гендерным, этническим, культурным, духовным.

Индивидуальные процессы психогенеза, когнотенеза и социогенеза определяются историческими формами сетей социальных контактов, где важнейшую функцию выполняет многопоколенная семья, а также система образования человека с ранних этапов его социализации до наступления зрелости. Процессы социальной интеграции в данный период осуществляются не только на фоне процессов развития, но и стагнации. С одной стороны, могут развиваться процессы децелерации, изменения физического развития человека на фоне изменения экологии, питания, физической активности. С другой стороны, уже на данном этапе начинается приобретение заболеваний и хронических заболеваний, которые могут осложнить процессы социального функционирования.

В данный период жизнедеятельности человека достаточно высоки риски, связанные с физическим, психическим и социальным здоровьем. Необходимо говорить о различных заболеваниях, которые определяет, например, учебная деятельность: расстройство физиологических и сенсорных функций, ожирение. Социальное здоровье может быть осложнено различными формами аддикций от гаджет-аддикций до употребления психоактивных веществ. Особое место в данном периоде занимают такие социальные риски, как раннее материнство и делинквентное поведение.

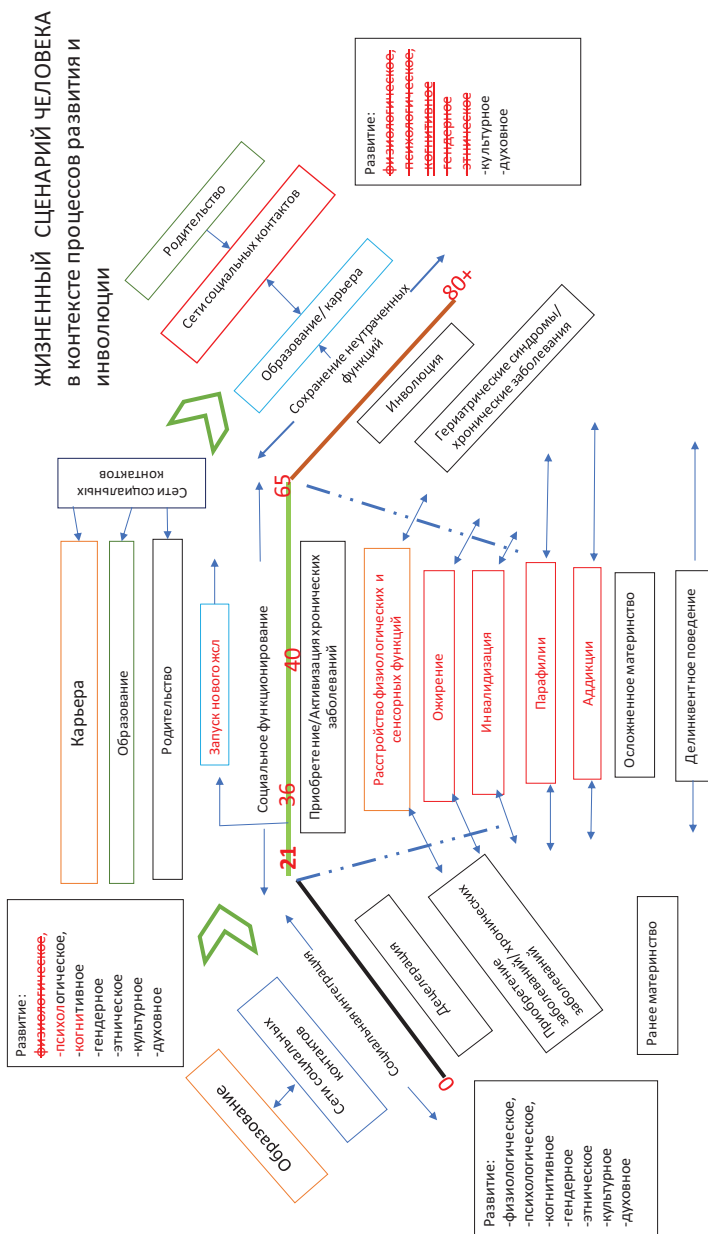


Рис. 1. Жизненный сценарий человека в контексте процессов развития и инволюции

Второй этап, социального функционирования, который имеет свои подэтапы, один из самых продолжительных, разворачивается в своей логике исторической, биопсихосоциальной и возрастной с 21 года до 64 лет. На данной фазе заканчиваются процессы физического развития человека от 21 до 25 лет, психические и когнитивные процессы постепенно приходят в стабильное состояние, а затем начинается их деформация. Однако гендерное развитие, благодаря институту родительства, активизирует гендерные функции в ролевых позициях отцовства-материнства. Этническое, культурное и духовное развитие обретает новые формы «осознанной необходимости» в повседневной жизни взрослого человека.

Система социализации в данный период усложняется. Образование становится профессиональным, оно не ограничивается временными рамками, как это было на предшествующем этапе, а становится системой, включающей человека в процесс обретения профессиональных компетенций в течение всей активной жизни на разных стадиях возрастного функционирования.

Появляются два компонента жизнедеятельности, о которой писал *З. Фрейд*, выводя формулу счастья человека, «любовь + работа=счастье». Эта формула находит свое выражение в новых векторах социального развития – родительстве и карьере. При этом необходимо отметить, что вектор родительства и карьеры сдвигается в новом столетии на более поздние строки, чем это наблюдалось у предшествующих поколений. Институт родительства, а соответственно рождение первого ребенка на уровне устоявшихся тенденций определяется в границах 28-36 лет, а не 18-24 года, как это было в конце XX века. Именно в этом возрастном промежутке начинает осуществляться «запуск нового жизненного сценария человека»¹.

Сети социальных контактов расширяются, выходя за пределы родительства, образования и карьеры. Происходит расширение границ сетей социальных контактов как по траектории: этнического, духовного, гендерного, культурного развития, так и стагнации, связанной с процессами инволюции: больницы, санатории, клиники, учреждения социальной защиты и.

Процессы инволюции имеют свои основания и особенности. Как показывают исследования, начиная с 30-36 летнего возраста активизируются хронические заболевания, происходит «приобретение» новых заболеваний, особенно у женщин. В данной гендерной группе формируются условия для сочетанной патологии, которая станет доминирующей на следующем этапе жизненного пути.

Родительство и карьера как социокультурные феномены могут выступать при определенных условиях не только триггерами, активизирующими различ-

¹ Фрейд З. Введение в психоанализ. – М.: Директ-Медиа, 2008. 1070 с.

ные страхи и психотические состояния человека, но и как факторы различных заболеваний. Например, работа на экологически вредных производствах. Этот этап характеризуется в логике инволюционных процессов приобретением различных форм инвалидизации. Ожирение и расстройство физиологических и сенсорных функций имеют более широкие границы распространения среди взрослого населения.

Гендерные сценарии, особенно женские, привносят новый спектр проблем, связанный с процессами осложненного материнства, где экологические проблемы, позднее материнство, генетическая предрасположенность, заболевания в процессе беременности и другие факторы приводят к рождению детей с инвалидностью, недоношенностью, что может менять жизненный сценарий женщины, являться факторами разрушения института семьи.

В данный период в первой его половине до 40 лет находит выражение сексуальная девиация. К различным формам парафилий более склонны мужчины, чем женщины. В этой возрастной когорте наблюдается самое большое количество людей, составляющих группы аддикций и делинквентного поведения.

Третий этап жизнедеятельности человека – на нем мы остановимся в последующих главах более подробно, это этап 65-80+, который имеет свои подэтапы и особенности проявления. Наметим общие тенденции: процессы инволюции доминируют над процессами развития. Практически физиологические, когнитивные, гендерные функции либо окончательно утрачиваются, либо ослабевают, либо не имеют оснований для развития.

В определенной степени культурное и духовное развитие могут оставаться теми доминантами, которые определяют смыслы не только жизнедеятельности пожилого человека на поздних этапах его жизни, но и выстраивают линии жизни в ближней и дальней (относительно) перспективе. Происходит изменение круга обязанностей в институте родительства, человек переходит в статус пра-родителя, бабушки или дедушки.

Образование и карьера как домены реализации внутренних интенций человека на предшествующем этапе все больше выполняют роль сетей социальных контактов, которые противодействуют запуску и развитию хронических болезней и психотических состояний. Сети социальных контактов скорее направлены на сохранение и поддержание неутраченных функций пожилого человека, чем на развитие и продвижение его к новым горизонтам личностного и карьерного роста.

Процессы инволюции проходят ряд стадий от фазы «относительной активности» к фазе «активизации мультиморбидных заболеваний» и к фазе ухода, паллиативной стадии. Данный процесс сопровождается проявлением специфи-

ческих гериатрических синдромов, которые проявляются только на данной стадии на фоне приобретенных хронических заболеваний и потери физических и сенсорных функций.

3.3. Этап социальной интеграции человека: проблемы развития и стагнации

Процесс социальной интеграции – важнейший этап в жизнедеятельности человека, где он формируется как биопсихосоциальный субъект. Процессы социализации, социального воспитания, обучения и познания окружающей среды и общества проходят сквозь основные периоды детства и юношества, каждый из которых имеет свои целевые задачи и функции для развития человека. Данный период мы рассмотрим в контексте развития и процессов, которые осложняют жизненный цикл человека и могут негативно отражаться на поздних этапах его жизнедеятельности.

Процессы социализации и инкультурации

Процессы социализации и инкультурации осуществляются в двух социальных фазах: детства и юношества.

Детство как период жизни человека в современном мире в большей степени зависит от социально-политической и социально-экономической структуры государства. В индустриально развитых государствах период детства имеет достаточно продолжительный период, позволяющий молодым людям освоить передовые области познания и технологий. Однако в некоторых странах третьего мира детство как институт вообще не существует, поскольку ранняя трудовая занятость не соотносится с понятием детства.

В современном социальном познании сложились, по мнению итальянского ученого *Ж. Джованнони*, три основных подхода к пониманию феномена детства:

- формирование взрослого человека основано на опыте детства;
- в своем биопсихосоциальном развитии дети проходят ряд стадий;
- окружающая среда (социальная, культурная, педагогическая) влияет на развитие ребенка¹.

Теория стадийного развития детства рассматривает ребенка на уровне его физиологического, эмоционального, социального и культурного развития.

¹ Giovannoni J., Billingsley A. Children of the storm: Black children and American child welfare. New York: Harcourt, Brace and Jovanovich, 1972. Pp. 117–119. DOI: 10.1080/00220612.1974.10671311

Большое внимание уделяется факторам среды, которая может как позитивно, так и негативно влиять на развитие ребенка. Социальная среда воздействует на развитие ребенка в таких формах, как возрастное влияние, ненормативные события, исторический контекст.

Возрастные влияния определяют социальный контекст существования субъекта – ясли, детский сад, школа. То есть хронологический возраст, связанный с психофизиологическими изменениями, определяет изменения социального окружения.

Ненормативные события могут изменять традиционный социальный контекст, такими факторами могут быть смерть родных и близких, насилие над детьми, раннее материнство. Возможные ненормативные события меняют индивидуальное биопсихосоциальное развитие ребенка.

Исторический контекст. Социальные роли и социальный статус ребенка определяются статусом его семьи, что характерно для патриархальных, индустриальных и постиндустриальных обществ. На этом подходе строится социальное, правовое, экономическое регулирование отношений ребенка с обществом, что непосредственно связано с историческим этапом развития.

Юность. Феномен юности имеет культурно-историческое, социально-экономическое и психологическое своеобразие. *Молодежь* – специфическая социально-демографическая группа. Молодость – этап социализации человека, который формирует готовность к выполнению общественных социальных ролей. На этот период приходится становление социальной и психофизиологической зрелости.

Это период, по мнению российских исследователей *А. Ковалевой и В. Лукова*, когда происходит снижение роли родительской семьи и формирование обобщенного образа другого¹. Сложность данного процесса заключается в том, что осуществляется процесс приспособления и согласования прошлого социального опыта и настоящего на уровне как процессов идентификации, так и интернализации опыта.

Для ряда европейских исследований характерны подходы к социализации молодежи с позиций субкультуры. Западные аналитики определяют характерные черты субкультуры молодежи, отличающие ее от других социально-демографических групп:

- своеобразие в моде и вкусах, особенно в музыке и одежде;
- отношения сосредоточены больше на дружбе, чем на семье;

¹ Ковалева А.И., Луков В.А. Социология молодежи: Теоретические вопросы. – М.: Социум, 1999. 351 с.

- относительная первостепенность, приоритет досуга перед работой;
- вызов ценностям взрослых и индивидуальные эксперименты с образом жизни;
- бесклассовость в стиле досуга и поведения.

Процессы биопсихосоциального развития человека на ранних стадиях социальной интеграции

Процессы биопсихосоциального развития на ранних стадиях социальной интеграции связаны с физиологическим, психологическим, когнитивным, гендерным, нравственным развитием человека.

Психологическое развитие человека.

Оформилось достаточно большое количество школ, направлений, подходов к психологическому развитию человека в течение жизненного цикла. Мы остановимся только на некоторых из них: эпигенетической теории Э. Эриксона, теории социально-психологического развития Б. Эльконина, теории когнитивного развития Ж. Пиаже и морального развития Л. Колберга, которые дают целостное представление о процессах развития человека на ранних стадиях жизнедеятельности.

Концепция развития жизненных циклов человека Э. Эриксона

Э. Эриксон предложил концепцию психосоциальной идентичности личности. Согласно этой концепции, личность принимает свое «Я» в неразрывном единстве со всеми своими социальными связями. Изменение социальных связей приводит к трансформации прежней идентичности, определенным кризисам, существующим до тех пор, пока индивид не сформирует новую идентичность¹.

Э. Эриксон считал, что жизненный цикл человека включает восемь стадий, каждая из которых сопровождается конфликтами, причем развитие происходит между двумя возможностями, своеобразными полюсами, позитивным и негативным выбором. Однако, в смене циклов Э. Эриксон видел особые свойства проявления жизни, в частности он писал: «взаимное проникновение» этапов жизни отдельных людей, взаимодействие с этапами жизни других, которые двигают его по мере того, как он двигает их... я пытался описать жизненный цикл как интегрированный психосоциальный феномен вместо того, чтобы использовать подход, который (по аналогии с теологией) можно назвать «оригиналогическим», то есть попытку выводить значение развития, прежде всего, из реконструкции жизни ребенка».

¹ Erikson E.H. On the Nature of Psycho-Historical Evidence. In Search of Gandhi // Daedalus. 1968. Vol. 97. No 3. Pp. 695-730.

Стадии развития жизни (по Э. Эриксону)

1 стадия (первый год жизни)	базальное доверие – базальное недоверие
2 стадия (второй-третий год жизни)	автономия – стыд и сомнение
3 стадия (четвертый-пятый год жизни)	инициативность – вина
4 стадия (6–11 лет)	трудолюбие – неполноценность
5 стадия (12–19 лет)	эго-идентичность – ролевое смешение
6 стадия (20–40 лет)	интимность – изоляция
7 стадия (40–65 лет)	продуктивность – инертность, застой
8 стадия (от 65 и старше)	эго-интеграция – отчаяние

На первой стадии жизни (1) Э. Эриксон выделяет *первый год жизни* ребенка, когда закладывается его доверие к окружающему миру. Формирование доверия базируется на удовлетворение его потребностей, где взрослые должны проявлять уверенность и заботу. Первый опыт связан с самоидентификацией «Эго», когда ребенок может находиться в изоляции самостоятельно, без поддержки окружающих взрослых.

На второй стадии жизни (2) (второй-третий год) формируется независимость ребенка, принимаются первые самостоятельные решения. Э. Эриксон считает, что появляются первые контролируемые действия со стороны ребенка. Так, если раньше движение продуктов пищеварения были бесконтрольны, то теперь ребенок чувствует дискомфорт при проявлениях таких явлений. Чувство неудобства, как считает психолог, впоследствии сформируют формы неуверенности в себе. Однако данная фаза жизни укрепляет чувство автономии, либо на другом полюсе формируется чувство сомнения и стыда.

На третьей фазе жизни (3), четвертый-пятый год жизни ребенка укрепляет его инициатива. Происходит идентификация по полу, формируются социальные формы самовыражения. Э. Эриксон считает, что в данный период происходит разрыв между возможностью существования и подрывом сил и здоровья.

С шестого года до одиннадцати (4) период, когда у ребенка формируется чувство предприимчивости. Во многих современных культурах – это этап, когда происходит процесс обучения и инкультурации, приобщения к своей культуре. На этой стадии появляются первые разочарования, ребенок может чувствовать свои ограничения и неполноценность. Формируются представления о социальных и профессиональных ролях.

На этапе 12-18 лет (5) – завершается детство и начинается юность. Подростки сталкиваются с новыми ощущениями, по-новому начинают воспринимать свое тело. Появляются «взрослые» ценности, как считает Э. Эриксон, личность отождествляется с требованиями либидо. Сложность данного периода – в

потере ролевых установок, так как на предыдущих стадиях формировалась самоидентификация эго в соответствии с представлениями об образе человека других людей¹.

Процессы стагнации и инволюции на этапе социальной интеграции

Процессы стагнации и инволюции диалектически заложены в любом процессе развития, но в контексте социально-геронтологического подхода имеют свои особенности. Например, биопсихологические факторы, такие, как ожирение во время беременности, могут не только навредить самой матери, но и отразиться впоследствии на всей жизни ребенка, как и условия проживания ребенка с родителями, употребляющими психоактивные вещества, могут иметь далеко идущие последствия, отражающиеся на жизни человека в дальней перспективе, в том числе и старческом возрасте. Процессы стагнации можно наблюдать в различных системах жизнедеятельности человека не только на этом этапе, основными из них будут средовые факторы, которые могут выступать триггерами проблем и болезней человека, и процессы, которые влияют на психосоматическое состояние, естественные модели развития.

Инволюционные процессы в системе «личность в окружающей среде»

Инволюционные проблемы на данном этапе будут осмыслены в контексте подходов «личность в окружающей среде», с основными доменами: сеть социальных контактов, система образования, семья, которые могут как спровоцировать негативные процессы, способствующие нарушению когнитивных, физиологических и психологических функций человека, которые разовьются на следующих возрастных этапах.

Процессы и риски в сетях социальных контактов, приводящие к деструктивным проявлениям на этапе социальной интеграции

Как считают итальянские ученые *Д. Гарбарино* и *Р. Абрамович*, сети социальных контактов могут выступать не только факторами развития социальной компетентности детей и подростков, но при определенных режимах приводить к «социальному истощению», когда ребенок лишен социальных ресурсов, а также к «культурному истощению», когда ценности и взгляды на мир разрушают компетентностные характеристики, что отражается на повседневной жизни и создает условия для негативных перспектив на будущее². Сети социальных контактов могут существенно изменять жизненный сценарий человека, в том числе и на последующих этапах в средней и дальней перспективе.

¹ Эриксон Э. Детство и общество. – М., 1996. 592 с.

² Garbarino J. An Ecological Perspective on the Effects of Violence on Children // The Journal of Community Psychology (JCOP). 2001. Vol. 29. Iss. 3. Pp. 361–378.

Исследования *Г. Элбера* и других американских исследователей показали особенности жизнедеятельности человека в американской истории начала века. Поколение детей, которое получило образование до Первой мировой войны, более благополучно решило проблемы трудоустройства и карьеры, было более успешным в годы Великой депрессии, легче адаптировалось и вышло с меньшими потерями, чем поколение, которое получало образование, строило карьеру в этот период. Мало того, что данное поколение вступало в более ранние браки, к тому же они были подвержены большим жизненным неудачам от социально-экономических трудностей, до потери образования, что отразилось на их жизнедеятельности в старости.

Немецкие ученые в конце XX века провели исследование в среде пожилых женщин возраста 85+ (от 90 до 104 лет), выяснили, как социальные траектории раннего периода жизни повлияли на гендерные сценарии в течение жизни на позднем этапе жизнедеятельности. Большая часть женщин, чья образовательная и карьерная деятельность начала складываться до 1918 г., периода Веймарской республики, так и не создали семьи и были одиночками всю жизнь, по сравнению с женщинами, карьера которых складывалась в 20-30 годы и в период нацистской Германии.

Можно отметить, что сеть и виды социальных контактов формируют в исторической перспективе определенные когорты, которые будут иметь свои специфические проявления в социальном функционировании в пожилом возрасте. Так, дети, рожденные в 1953–1964 гг., известные как поколение бэби-бумеров, благодаря социальным условиям, которые были характерны для их времени, сформировали специфическую группу пожилых людей. Они имеют следующие характеристики, применительно к системе геронтологической поддержки:

- используют интернет, чтобы получить информацию о своих симптомах,
- не полагаются, как их родители, только на профессиональные услуги и удовлетворяют свои потребности из других сервисов,
- стремились раньше выйти на пенсию, но понимают, что необходимо работать дольше, чтобы удовлетворить свои финансовые потребности,
- считают, что долговременный уход возможен только за счет самообеспечения,
- они не планируют жить со своими детьми в глубокой старости, но будут жить со своими партнерами, уверены, что у них будет доступ к друзьям и родственникам,
- свое будущее они видят больше в социальном и экологическом контексте, чем медицинском, но не отрицают социального обслуживания.

Как показывают американские исследования, в ближайшей перспективе:

- к 2030 г. в стране будет насчитываться 8,9 миллиона человек старше 85 лет.
- к 2050 г. будет насчитываться 835 000 человек в возрасте старше 100 лет.
- к 2030 г. в США пожилые люди будут составлять 25% от населения.
- к 2030 г. более 9 миллионов человек старше 65 лет будут иметь психические заболевания.
- к 2040 г. 14 миллионов человек будут страдать от болезни Альцгеймера.
- шестьдесят процентов (60%) будут жить самостоятельно, но в одиночку¹.

Образование и деменция

В современном научном познании проблема соотношения образования как начального, так и высшего в контексте факторов риска при деменции у представителей пожилого и старческого возраста стоит достаточно остро. В современном контексте исследований сложились три основных направления изучения соотношения образование в контексте деменции:

- начальное образования и деменция,
- высшее образование и деменция,
- образование (начальное и высшее) – карьера – деменция.

Сегодня не существует однозначного ответа, в какой степени образование на начальной стадии социализации человека влияет на деменцию, а особенно на ее разновидности.

Это связано с различными факторами, среди них:

- особенности здоровья людей в тех странах, где проводились исследования, которые коррелируют с социально-экономическими условиями их жизнедеятельности,
- отличие подходов к диагностике изменений процессов в коре головного мозга у пожилых людей при тех или иных дементных состояниях,
- различный уровень развитости систем образования, которые имеют национальные особенности и предметную подготовку учащихся,
- методы оценивания дементных пожилых людей имеют различия: в подходах к проблеме деменция – образование не существует унифицированного и общепризнанного инструментария оценки.

Вместе с тем, необходимо отметить, что существуют общие тенденции, которые были отмечены исследователями, в соотношении образования, получения

¹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017) // World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. URL: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf (Дата обращения: 20.08.2020).

или неполучения его в полном объеме на начальной стадии социализации, развития процессов деменции в пожилом возрасте. Как считают специалисты, факторы риска деменции достаточно высоки в пожилом возрасте 65+, если в раннем возрасте в 11-12 лет завершилось обучение на стадии начального образования. Такой уровень риска достигает 8% в среде пожилых людей, имеющих дементные заболевания.

Мексиканские исследования, которые проводились на пожилых людях 65+ при выборке 3964 человека, из которых было выявлено 332 случая деменции, подтвержденных диагнозом, сделали свои предположения. Исследователи классифицировали пожилых людей по группам:

- неграмотные, которые не обучались в школе (0 лет обучения),
- низкий образовательный уровень (1-4 класс обучения),
- средний образовательный уровень (5-9 лет обучения).

На основании полученных данных были сделаны следующие выводы: уровень тестируемых существенно отличается, есть прямая зависимость влияния уровня образования на когнитивно-функциональное состояние пожилых людей. Исследователи, учувствовавшие в проекте, отметили, что их данные коррелировали с данными, полученными в США в 90-е годы, где было обследовано 18056 человек и была обнаружены сходные показатели у пожилых людей, имеющих образование от 5 до 8 лет, и имеющих образование от 0 до 4 лет. В первой группе когнитивно-функциональные показатели были значительно выше, чем во второй. Таким образом, чем ниже уровень образования, полученный на ранних этапах социализации, тем больше рисков развития деменций в пожилом возрасте.

Семья на начальной стадии развития человека как система деструктивных влияний в поздние периоды жизни

Семья выступает не только как система социализации человека, но на ранних этапах его становления, особенно ребенка с проблемами развития, может выступить в качестве терапевтической среды. В случае, если ситуация с проблемами здоровья ребенка будет перекладываться родителями на социальные институты, которые осуществляют коррекцию ослабленных или несформированных функций, эффект будет либо менее значительный, либо не будет иметь значения вообще и найдет отражение на всех фазах развития человека. Так, синдром дефицита внимания и гиперактивности у ребенка – это комплексное заболевание, которое затрагивает не только психофизиологические функции ребенка, но и осложняет жизнедеятельность ребенка, его социальное функционирование.

Исследования, сделанные учеными из Швеции, показывают, что нерешенные проблемы с интеграцией детей в семье с синдромом дефицита внимания на ранних этапах социализации находят отражение в пожилом возрасте. Ученые ис-

следовали взрослых людей в возрасте 60-90 лет в Швеции и Нидерландах, оценили степень распространенности данного синдрома в этих странах в этих возрастных когортах. По их оценкам, он составил 4,2% от заболеваний данной возрастной группы. У данных групп были зафиксированы проблемы с обучением в детстве – соотношение 18% против 5%, диссоциального поведения – 18% и соответственно 4%. Проблемы с психическим здоровьем, в интерпретации исследователей, никотиновая зависимость – 36% против 17%, алкогольная зависимость – 18% против 1%, тревожное расстройство – 18% против 3%, посттравматическое стрессовое расстройство – 9% против 1%.¹

Социальный контекст имеет свои отличия. Так, взрослые с синдромом дефицита внимания и гиперактивности чаще меняли профессии в течение жизненного цикла, 46% опрошенных сообщили о нарушениях в социальных отношениях, 36% – о неумении организовать свою повседневную жизнь, 18% имели различные нарушения в семейной жизни, и такое же количество респондентов имели проблемы в обращении с деньгами.

3.4. Этап социального функционирования и проблем развития и инволюции

Этап социального функционирования условно разбивается на две части с 21 года до 40 лет, а затем с 40 до 60 лет. Происходят важнейшие события в жизнедеятельности человека. Реализуются гендерные сценарии отцовства-материнства, «происходит запуск нового жизненного сценария человека». Родительство становится одной из важнейших функций, которая реализуется в воспитании, социализации, инкультурации, и все это происходит в системе развития индивидуально-личностных функций и интенций.

Карьера и образование реализуются совместно, происходит осмысленное «присвоение» знаний и компетенций, поскольку это связано с комплексным отношением к жизни, профессии, семье и детям. Социальные контакты расширяются за счет доменов семьи, профессии, родственных и дружеских отношений в контексте гендерного, этнического, культурного и духовного взаимодействия с социальными группами и общественными институтами.

¹ Biederman J., Petty C.R., Fried R., Kaiser R., Dolan C.R., Schoenfeld S., Doyle A.E., Seidman L.J., Faraone S.V. Educational and Occupational Underattainment in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a Controlled Study // Journal of Clinical Psychiatry. 2008. Vol. 69 (8). Pp. 1217–1222.

Психологическое развитие

Психологическое развитие на данном жизненном цикле определено семейными и профессиональными связями, рождением детей, их социализацией и «выпуском» в жизнь. Важнейшим жизненным переходами являются начало и окончание профессиональной карьеры, которые связаны с возрастными характеристиками человека.

Психическое развитие человека в теории Э. Эриксона

Шестой этап – начало взрослой жизни (20–40) лет, когда человек может потерять свое лицо в процессе взаимодействия с окружающими людьми. Человек стремится войти в дружеские и любовные отношения. Большое значение имеют устойчивые моральные основы и сформированные требования к личностным обязательствам в отношении окружающего мира и других людей. На этой стадии человек тяжело переживает свою изолированность.

Средний возраст (40–65) лет человек учится быть полезным для других. Формируется потребность в том, чтобы его ценили, обращались за содействием. Важный компонент жизнедеятельности человека – быть востребованным. На этом этапе реализуются потребности в воспитании, близости к собственным детям, творчестве и деятельности. Опасность проявляется в том, что застой и стагнация не дают возможности для личностной и профессиональной самореализации.

Последний этап жизни от 65 лет и старше Э. Эриксон обозначил как позднюю зрелость. В этот период у человека ухудшается здоровье, он стремится к уединению, сталкивается со смертью супруга, близких друзей. С позиций Э. Эриксона, в этот период речь идет не столько с психосоциальным кризисом человека, сколько с интегративной оценкой всей прожитой жизни. В старости приходит настоящая зрелость человека, позволяющая ему оценить предшествующий опыт и достижения. Это полюс, обозначенный им как мудрость. На другом полюсе находятся люди, не реализовавшие свои возможности, осознающие невозможность начать все сначала. Отсюда превалируют два типа раздражения у таких людей: сожаление о невозможности начать жизнь сначала; отрицание своих недостатков, проекция их на окружающий мир.

Особенности гендерной социализации женщин и мужчин

Гендерное развитие достаточно тесно связано с реализацией человека в семье и профессии, фемининные и маскулинные сценарии не только выступают в качестве различий, но и определяют стратегии жизненного сценария человека на данном этапе.

Психологические подходы к фемининности

Психолог Д. Левинсон на основе изучения американских женщин-представительниц среднего класса определил особенности их развития в систе-

ме жизненного цикла семьи. Этап, предшествующий взрослению, связан с принятием ролей, которые в процессе социализации формируются у девушки¹. Основной упор в этих ролях делается на брак, семью, детей. Стратегии и мотивы жизнедеятельности сфокусированы вокруг таких ценностей, как любовь к детям, сочувствие, сострадание.

Первый переходный взрослый возраст для женщин он определяет между 24–30 годами, когда они вместо карьеры выбирают семью. *Второй период ранней* взрослости 32–40 лет жизненный цикл между мужчинами и женщинами может совпадать. Однако, наиболее типичный конфликт в этот период для женщин – это межролевой конфликт между ролью матери и хозяйки дома и профессиональными ролями. Социальное давление общества, побуждающее к продолжению профессиональной карьеры, и потребность семьи в реализации женщиной функций матери, хозяйки может приводить как стрессам, так и кризисам отношений.

Третий период взрослости 40–45 лет – стабильный период жизни, благодаря тем социальным типам поведения, которые были сформированы на предшествующих этапах.

В возрасте 45–60 лет происходит завершение карьеры, у женщин появляются новые социально-биологические проблемы. С одной стороны, дом покидают дети, и женщинам необходимо приспособиться к новым условиям семейной жизни, называемых «пустое гнездо», к ролям вне семьи. С другой стороны, у женщин наступает менопаузальный период, и они должны приспособиться к новым гормональным изменениям организма.

Последняя фаза жизненного цикла от 60 лет и старше связана с принятием ролей прародительницы, бабушки, данный цикл связан с потерей друзей, близких, родственников, с развитием проблем здоровья.

Психологические теории маскулинности

Психологические теории, определяющие специфику психосоциального развития мужчины на протяжении жизненного цикла, представлены различными подходами, один из них – концепция Д. Левинсона, который выделял четыре взрослых периода у мужчин.

Ранняя взрослость 22–28 лет – молодые люди покидают свой дом, начинают самостоятельную жизнь, профессиональный статус мужчины не совсем определен, осуществляется поиск профессиональной самореализации.

¹ The Seasons of a Man's Life Daniel J. Levinson, with Charlotte N. Darrow, Edward B. Klein, Maria H. Levinson, and Braxton McKee New York: Alfred A. Knopf, 1978. 363 p. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/105960117900400214>.

Переходный период 28–33 года – кризисный, высока вероятность развода, смены профессии.

Переходный период 32–40 лет – намечается стабилизация во взрослой жизни, мужчина имеет потребность в большей независимости, высока вероятность формирования конфликтных отношений с членами семьи, коллегами и друзьями. Существует пять курсов жизненного сценария, включая альтернативные: продолжение профессии, корректировка курса на «основе предшествующих неудач», радикальная перемена деятельности на основе жизненных вызовов, повышение по службе, «хроническая нестабильность» до конца возрастного цикла.

Средний возраст 40–45 лет. Мужчинами решены, как правило, следующие задачи: они определяют себя в терминах мудрости, а не «физической силы»; умеют ценить других, дружбу; осуществляется «эмоциональная подвижка», так как данный возраст – возраст начала потерь друзей и близких; они лабильны в своих оценках. Д. Левинсон считает, что данный период соответствует «кризису среднего возраста», однако он стабилизируется благодаря паттернам поведения, выработанным в предшествующие периоды жизни.

Переходный период 50–55 лет – мужчины переживают очередной кризис, если не пережили его раньше.

Переходный период 55–60 лет – стабилизация, переход к пенсионному возрасту и поздней взрослости.

Поздняя взрослость от 65 и старше. Намечается снижение умственной и физической активности, формирование новых семейных ролей, дедушки, происходит потеря социального статуса. Осуществляется подготовка к смерти.

Карьера

В отношении карьеры женщин существует сегрегация. Несмотря на то, что все больше женщин в XXI веке представлено в системе управления, юридической отрасли, образовательный рынок в большей степени представлен женщинами: так, в начальной и средней школе трудятся 82% женщин, 95% воспитателей в учреждениях представлено исключительно женщинами. В основном представлены женщинами и сферы здравоохранения, социальной защиты, торговли, услуг и гостиничного бизнеса. Мужскими считаются профессии, которые связаны с управлением, добычей полезных ископаемых, машиностроением, военным делом, бизнесом и транспортом.

Образование

Технологический процесс становится все более сложным и быстрым, поэтому процесс образования в XXI в. не может завершиться для человека на какой-то стадии его личностного и индивидуального развития. Это предполагает, что процесс образования должен сопровождать человека в течение всей его жизни,

поскольку современные вызовы требуют адекватного на них реагирования. Иными словами, человек на различных фазах социализации должен обладать необходимыми и достаточными компетенциями, чтобы быть успешным в конкурентной борьбе на рынке труда в ситуации «здесь и сейчас».

Развитие мировой экономики предполагает наличие новых компетенций, порой не связанных с предшествующим социальным и профессиональным опытом человека, примером могут быть вызовы информационной революции. Постоянное воспроизводство знаний через систему образовательных институтов в течение всей жизни является необходимым условием жизнедеятельности современного человека, его соответствия достигнутому уровню потребления, социального статуса, тем социальным ролям, которые стали неотъемлемой частью его общественного бытия. Система знаний в этот период жизнедеятельности становится гарантом социальной безопасности человека и его индивидуального благополучия.

Запуск нового жизненного сценария в контексте динамики семейных отношений

Это важнейший жизненный переход человека, который позволяет ему реализовывать как новые гендерные, так и социальные роли, включаться, благодаря ребенку, в систему общественных, воспитательных, поддерживающих, охраняющих отношений, которые на ранних этапах либо отсутствовали, либо не были актуализированы. Среди различных моделей семьи, которые отражают новые спектры социальной активности человека, остановимся на модели жизненного цикла, предложенного *Б. Картером и М. Макголдриком*¹.

Исследователи в схему возрастных изменений вносят элементы культурного фона, историческую эпоху, которая своеобразным образом находит отражение в жизненном цикле семьи, определяя своеобразие ее социального функционирования во времени и пространстве. Ученые в своем подходе выделяют эмоциональные связи в семье как основополагающие, влияющие на становление и развитие личности, последовательно показывают их роль на каждом этапе развития и становления человека. Понимая, что в реальности вариации семейных циклов имеют более сложную и многообразную структуру, они считали, что для всех типов семей важен фактор эмоционального равновесия, который связан как с прибавлением, так и потерей членов семьи, которые являются объективными параметрами развития, характерными для всех семейных вариаций (табл. 3).

¹ Carter B., McGoldrick M. The Changing Family Life Cycle: A Frame Work for Family Therapy (2nd ed.). N-Y: Gardner Press, 1988. Pp. 3–28.

Жизненный цикл семьи в концепции Б. Картер и М. Макголдрик¹

Стадия жизненного цикла	Эмоциональные процессы переходного периода: основные принципы	Моменты изменения в семейном положении, необходимые для развития
Покидающие дом молодые люди	- принятие эмоциональной и финансовой ответственности на себя	- формирование самостоятельных представлений о создании семьи - развитие интимных отношений со сверстниками - самостоятельное трудоустройство, обретение финансовой независимости
Объединение семьи через брак: новая пара	- приверженность новой системе	- формирование семейной системы - реорганизация отношений с дальними родственниками и друзьями на основе супружества
Семья с маленькими детьми	- прием новых членов в систему	- регулирование семейной системы, определение места детям - вступление в воспитание детей, решение бытовых и финансовых задач - реорганизация отношений с расширенной семьей, принятие родительских ролей и ролей прародителей
Семья с подростками	- увеличение подвижности семейных границ в целях обеспечения независимости детей и поддержки прародителей	- изменение детско-родительских отношений, позволяющее подростку входить и выходить из системы - переориентация брака и карьерных вопросов на средний возраст - начало перехода к уходу за старшим поколением
Переезд и «запуск» детей	- принятие множества выходов и входов в семейной системе	- перестройка брачной системы как диады - развитие отношений «взрослые-между – взрослыми», между детьми и их родителями, - перестройка отношений с детьми на уровень старшего поколения (бабушек и дедушек) - инвалидность, смерть прародителей
Семья в дальнейшей жизни, в перспективе	- принятие смешанных межпоколенных ролей	- поддержка индивидуального и/или парных интересов и функционирования в условиях физиологического спада - освоение новых семейных и социальных ролей - поддержка роли среднего поколения на основе жизненной мудрости и опыта - потеря супруга, родственников, сверстников, подготовка к смерти

¹ Korin E.C., McGoldrick M., Watson M.F. The Individual and Family Life Cycle // Fundamentals of Clinical Practice / M.B. Mengel, W.L. Holleman, S.A. Fields. Springer, Boston, MA, 2002. Pp. 21-47. URL: https://doi.org/10.1007/0-306-47565-0_2.

Предложенная схема развития жизненного цикла семьи отражает вертикальные и горизонтальные связи. Вертикальные связи показывают наследственные и социокультурные программы поведения, которые могут иметь отклонения от нормы. Вертикальная ось включает историю семьи, модели отношений и социального функционирования, передающиеся из поколения в поколение. На данной схеме возможно проследить семейные отношения, табу, ярлыки, проблемы, в контексте которых осуществляется процесс развития личности. Горизонтальная ось отражает эмоциональное, когнитивное, физическое развитие личности в семейной системе.

Все эти подходы дают целостное представление о социальном функционировании семьи как жизненного цикла.

Инволюционные процессы в жизненном сценарии человека

Инволюционные процессы при всем их разнообразии в контексте проблем онтогенеза можно свести к проблемам:

- развития и последствий для человека ранних деструктивных детско-родительских отношений на этапе родительства взрослого человека,
- влияние последствий системы образование–карьера на биопсихосоциальное состояние человека в пожилом и старческом возрасте.

Деструктивные детско-родительские отношения и проблемы геронтогенеза

Негативные влияния, которые может оказывать семья в целом, а также детско-родительские отношения на социальное функционирование человека в более позднем возрасте было отмечено еще в работах З. Фрейда. Как отмечал ученый, на каждой стадии развития человека происходит становление физиологических и психических функций, фазы развития наслаиваются друг на друга. Если на какой-либо фазе произошло отклонение, последующая фаза развития может протекать не адекватно. Как показала практика, на последующих этапах жизни человек может столкнуться с различными психозами и социальными последствиями из-за нарушений развития в раннем детстве. Согласно З. Фрейду, «ранние формы психики» никуда не исчезают, они присутствуют у взрослого человека. Ученый образно объяснял так этот феномен: «Войско отправляется дальше, но оставляет после себя лагерь».

Не последнюю роль в «формировании» поздних психических и социальных последствий играют родители, их модели воспитания, а также неспособность молодых отцов и матерей на ранних фазах развития детей осуществлять родительские функции, что приводит к деформации жизненного сценария в последующие периоды. В данном направлении в течение всего XX века велись исследования ученых, что позволило выявить закономерность проявлений психозов и

социальных последствий в связи с развитием и детско-родительских отношений на ранних стадиях. В таблице 4 даны обобщенные данные немецкого психиатра Р. Клузмана о взаимосвязи характеристик различных стадий развития человека.

Т а б л и ц а 4

Основные физические и психические последствия при нарушениях на различных стадиях развития (по Р. Клузмону)¹

Стадия развития	Возможные нарушения	Поздние психические последствия	Поздние физические последствия
Интенциональная стадия (первые недели-месяцы жизни)	• тяжелая болезнь, смерть матери • враждебное отношение со стороны матери • пребывание в больнице в раннем возрасте (детский дом, детский сад, ясли)	• суицидальные тенденции • неспособность кого-либо любить • отчуждение от собственного Я	• жалобы на потерю смысла жизни • неспособность к решению практических проблем • нарушение коммуникаций и др.
Оральная стадия (до 1,5 лет)	• фрустрация в случае матери, выполняющей свои обязанности из чувства долга • неожиданное прекращение кормления грудью • неприятие ребенка матерью • пребывание в больнице в раннем возрасте (детский дом, детский сад, ясли) • смерть матери • излишняя избалованность	• безнадежность и отчаяние • самообвинение • суицидальное желание (скрываемое)	• нарушение сна • отсутствие аппетита • сексуальная апатия • ангина • нарушения при глотании • склонность к ожирению или истощению
Анальная стадия (от 1,5 до 3 лет)	• принуждающее воспитание • установка на чистоту (дается слишком рано, строго, чопорно)	• половые расстройства • заикание • невротическое упрямство • медлительность	• язвенный колит • мигрень • повышенное давление • заболевание опорно-двигательного аппарата
Фаллическая стадия (от 4 до 6-ти лет)	• нарушение на предыдущих стадиях • отсутствие единой линии воспитания со стороны родителей	• навязчивость • вечный сын, дочь • развитие гомосексуальности • фобии	• параличи • заболевание органов чувств • соматизация страха (потливость, тахи-

¹ Клузман Р. Справочник по психотерапии. Изд-во: СПб: Питер, 2004. 368 с.

	• соответствующий родитель отвергает ребенка • родители не смогли идентифицировать себя с половой ролью	• сексуальные неврозы, инверсии • проблемы на работе, в общении, браке	кардия, приступы удушья, затрудненное дыхание)
--	--	---	--

Особенности гендерной социализации и процессы старения

Современные исследования в области геронтологии и гериатрии не учитывают, в отличие от представителей социальных наук, различные характеристики человека, которые приобретаются им в процессе жизнедеятельности. Подходы к осмыслению социализации человека в аспектах стареющего общества в современном познании не менее актуальны, чем поиски путей «здорового старения» в геронтологии и медицине.

Старение населения определяют различные тенденции, среди них такие особенные, как гендерные изменения населения. Как отмечают отечественные и зарубежные исследователи, уровень женских когорт среди пожилого населения в развитых странах значительно выше уровня мужских когорт, особенно в возрастных группах 55–80 лет. Это подтверждает мировая и отечественная статистика¹. Так, по данным Росстата в 2019 г. соотношение мужчин и женщин составляло: 66 547 тыс. мужчин, на 77120 тыс. женщин. Соотношение пожилых и престарелых данных гендерных групп расположилось в отношениях, отраженных в таблице 5.

Т а б л и ц а 5

Соотношение пожилых мужчин и женщин в РФ в 2019 году

Показатели возраста	Мужчины	Женщины
55–59 лет	4437 тыс.	5778 тыс.
60–64 года	3463 тыс.	4917 тыс.
65–69 лет	1486 тыс.	2410 тыс.
70 лет и старше	4256 тыс.	10 124 тыс.

Зарубежные и отечественные ученые отмечают, что несмотря на то, что в данных возрастных группах уровень заболеваний женщин, по сравнению с мужчинами своего возраста, значительно выше, тем не менее продолжительность жизни у мужчин ниже, чем у женщин. В объяснении данного парадокса исследователей условно можно разделить на две большие группы. Сторонники медицинского подхода объясняют данное своеобразие, исходя из физиологических особенностей функционирования мужчин и женщин. Сторонники социального

¹ Россия в цифрах. 2019: Крат.стат.сб. / Росстат. – М., 2019. 549 с. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/doc_2019/rusfig/rus19.pdf (Дата обращения: 16.07.2020).

подхода основывают свои утверждения на особенностях социализации мужчин и женщин, где социальные факторы являются своеобразными «ускорителями» или «замедлителями» процессов старения и смертельных исходов.

Медицинский подход

Как отмечают сторонники медицинского подхода, такую разницу могут определять генетические и биологические особенности мужчин и женщин. Ученые отмечают, что, с биологической точки зрения, женщины имеют природную защиту в виде эстрогенов, которые помогают снижать уровень вредного холестерина в крови, а это помогает женщинам защититься от сердечно-сосудистых заболеваний. В то время как тестостерон у мужчин повышает уровень липопротеидов низкой плотности, что повышает риск развития патологий в работе сосудов и сердца. К тому же, тестостерон способствует угнетению иммунного состояния организма, что приводит к ослаблению его сопротивляемости. В старении и различиях профиля смертности у мужчин и женщин не малую роль играют гены, которые определяют показатели гендерного разрыва смертности между когортами.

Подход с позиций гендерной социализации человека

Сторонники подхода социализации стоят на других позициях. На основе исследований они делают выводы, что биологические различия между мужчинами и женщинами определяют продолжительность жизни от 1 до 2-х лет, а главным фактором являются особенности гендерной социализации мужчин и женщин.

Гендерно-типичная социализация мужчины

В основе подходов к социализации мужчин рассматриваются проявления маскулинных феноменов в контексте общественных отношений и индивидуальных специфических полоролевых паттернов поведения. Традиционно это связано с качественными характеристиками мужчин в различных обществах и культурах, не только западных, но и восточных. «Атрибутами» маскулинности являются: физическая сила, подавление нежности, агрессивность. По мнению специалистов, мужчины в силу особенностей социализации, более подвержены влиянию агрессивной среды, более агрессивно решают проблемы на основе сформированных поведенческих паттернов, которые могут иметь необратимые последствия, например, суициды, конфликты, войны. Отечественные и зарубежные исследования показывают, что мужчины менее заботятся о своем здоровье, в связи с чем имеют избыточный вес, спят меньше положенной нормы, менее, чем женщины, информированы о влиянии питания на здоровье, менее привержены различным диетам.

Гендерно-типичная социализация женщин

Социализация женщин имеет существенные отличия: женщины склонны избегать рискованного поведения, употреблять чрезмерно алкогольные напитки, имеют ограничения в курении, меньше, согласно исследованиям, употребляют наркотические средства. Женщины больше сосредоточены на своем здоровье, в которое они вкладывают больше средств и времени, чаще следуют советам диетологов, употребляют пищевые добавки и витамины.

Исследование европейских ученых *Липпы* и *Термана* показали, как маскулинность может влиять на уровень продолжительности жизни. Согласно их исследованиям, было выявлено, что маскулинность негативно влияет и на продолжительность жизни, и на смертность. Высокие показатели маскулинности в выборке 654 мужчин и 210 женщин дали основание утверждать, что смертность у данных гендерных групп имеет более высокие показатели в любом возрасте¹. Вместе с тем Базельское исследование 6000 человек, которое продолжалось свыше 40 лет на работниках химической промышленности, показало, что женщины существенно не отличались от мужчин-коллег по объективным и субъективным характеристикам, что противоречило выводам, которые известны в научной литературе. Исследователи выдвинули понятие *андрогинной компетентности*, когда «межличностная приверженность», ценностно-ориентированная приверженность, характерная для женственности, являлись основанием для продолжительности жизни у мужчин, а «трансперсональная связь», инвестирование в социальные отношения, характерные для мужчин, играли позитивную роль для женщин.

Таким образом, с точки зрения социальных подходов, корреляция жизненного пути человека на этапе профессионального становления может иметь не только негативные последствия, но и позитивные, если в процессе социализации будут «присваиваться» как мужские, так и женские сценарные сюжеты представителями противоположного пола.

Карьера и образование в зрелом возрасте как фактор деструктивных проявлений

Карьеру и образование в аспектах геронтогенеза мы рассмотрим в контексте двух проблем, связанных со здоровьем пожилого человека, — это сердечно-сосудистые заболевания и процессы деменции, которые являются основными при анализе жизнедеятельности человека на поздних этапах его жизни.

¹ Terman L.M., Chase J.M. The Psychology, Biology, and Pedagogy of Genius // Psychological Bulletin. 1920. Vol. 17. No 12. Pp. 397–407.

Подходы к проблемам сердечно-сосудистых заболеваний

Сердечно-сосудистые заболевания являются самыми распространенными среди пожилых людей, они имеют свой генезис в более раннее время. Не последнюю роль в их формировании играют факторы карьеры, которые сопровождаются стрессами на протяжении длительного времени. Сегодня нет однозначного ответа, в какой степени профессиональная деятельность влияет на изменение сердечно-сосудистой системы человека, поскольку это связано с различными ее типами и направлениями, их реализации во всевозможных условиях как климатических, так и экологических, генетической предрасположенностью самого человека к той или иной деятельности, его стрессоустойчивостью и многими другими факторами, включая здоровый образ жизни и физическую активность. Тем не менее, в научной литературе сложились определенные подходы, которые стараются найти корреляцию сердечно-сосудистых заболеваний с профессией, проследить это влияние в сочетании с возрастными проблемами в отдаленной перспективе.

Одними из первых данную проблему обозначили исследования *Хелен Данбар* и *Франца Александера*, определившие личностные профили, которые, по их мнению, могли быть толеранты к развитию различных болезней, в том числе и сердечно-сосудистых¹². В 1950-х гг. кардиологи Мейер Фридман и Рэй Розенман создали концепцию личности, обозначив ее как типология «А», подверженную сердечно-сосудистым заболеваниям. По их мнению, люди типологии «А» обладают определенными характеристиками, которые провоцируют данные заболевания:

- стремление к достижениям,
- агрессия,
- нетерпеливость, импульсивность,
- чрезмерная ответственность, субъективное ощущение «нехватки времени»,
- взрывная манера говорить,
- высокое напряжение лицевых мышц.

Как показали дальнейшие исследования, такие люди имели более высокий уровень холестерина, в три раза больше сердечных приступов, а также предрас-

¹ Dunbar H.F. Medicine, Religion and the Infirmities of Mankind. Mental Hygiene. 1934. No 18. Pp. 16-25.

² Franz A. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. Norton Professional, 1987. 300 p.

положенность к ишемической болезни сердца по сравнению с людьми другой типологии.

Как считают британские ученые *С. Эверсон-Роз* и *Т. Левис*, социальная изоляция таких людей, особенно в пожилом возрасте, приводит к более высоким показателям внезапной смерти, чем у людей другого типа поведения¹. По мнению европейских ученых, «токсичными компонентами», приводящими к смертельным исходам у людей поведения типа «А», могут являться гнев и враждебность к окружающим. Однако, однозначных ответов в результате клинических исследований получено не было.

Последние исследования вне типологии личности выявили влияние стрессовых профессиональных ситуаций на развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Исследования *Уайтхолла* и *Босма* выявили влияние стресса на сердечно-сосудистые заболевания². При дисбалансе между усилиями и низким уровнем вознаграждения наблюдалось прогрессирование атеросклероза, увеличение от 1,56 до 2,38-кратного риска развития новых коронарных болезней в течение пяти лет. В исследовании принимали участие 6895 мужчин и 3413 женщин. При этом было отмечено, что дисбаланс между усилиями и вознаграждением, наряду с другими профессиональными стрессорами для сердечно-сосудистой системы у мужчин более значим, чем у женщин.

Возможно, здесь находится один из ответов о разном уровне смертности в пожилом возрасте у мужчин и женщин в результате сердечно-сосудистых заболеваний.

Деменция, карьера и высшее образование

Деменция в пожилом возрасте, с точки зрения проблем карьеры и высшего образования, имеет достаточно большой спектр подходов. Исследователи из Швеции искали корреляцию между образованием, карьерой и деменцией. Исследователи выяснили, что существуют различные факторы, лежащие в основе сосудистой деменции и деменции Альцгеймера.

Сосудистая деменция была характерна для пожилых людей, которые имели низкий уровень образования, низкий социальный и экономический статус, не являлись руководителями и их трудовая деятельность проходила в сложных экологических условиях. Большое внимание в работе было уделено «нейротоксичным агентам», которые увеличивали риски сосудистой деменции. Европей-

¹ Dugan S.A., Lewis T.T., Everson-Rose S.A., Jacobs E., Harlow S., Janssen I. Chronic Discrimination and Bodily Pain in a Multiethnic cohort of Midlife Women in the Study of Women's Health Across the Nation. Pain, 2017. Pp. 1656–1665.

² Bosma H., Marmot G.M., Hemingway H. Low Job Control and Risk of Coronary Heart Disease in the Whitehall II (Prospective Cohort) Study. BMJ, 1997. Pp. 558–650.

ские ученые данную корреляцию не обнаружили. Однако, сравнивая риски деменции среди домохозяек, они нашли общие характеристики – низкая когнитивная активность. Данные выводы требовали более детального исследования, необходимо было включить в категорию исследуемых домохозяек, имевших высшее образование.

Болезнь Альцгеймера характерна как для людей, имеющих образование ниже среднего, так и высшее. Однако люди с высшим образованием, имеющие более высокий карьерный статус, занимавшиеся управлением в течение длительного времени, имели более низкие пороговые риски деменции, чем люди без высшего образования и опыта управления.

Вместе с тем было отмечено, что имея в течение жизни высокую когнитивную активность, люди с высшим образованием при снижении активности имели более высокие показатели слабоумия, чем те пожилые, которые оставались когнитивно активными. Вместе с тем исследователи отмечали, что протекание деменции у пожилых людей с высшим образованием более активно, чем у людей с низким образованием. Исследователи считают, что необходимо рассмотреть корреляцию в контексте профессий.

3.5. Этап сохранения неутраченных функций и процессы инволюции

Возрастные изменения человека являются объективными факторами его жизнедеятельности, которые связаны с процессом старения. Процесс старения – это биопсихосоциальный процесс, где факторы здоровья играют не последнюю роль в определении возможностей социального функционирования человека. Особенности биопсихосоциального функционирования пожилого человека заключается в том, что на фоне снижения физиологических, когнитивных способностей уменьшаются его возможности социального функционирования. Это может являться негативным фактором, осложняющим течение приобретенных болезней.

В пожилом возрасте происходит обострение сердечно-сосудистых заболеваний, а также таких заболеваний, как артрит, гипертония, которые являются «непременными атрибутами» старости. Наблюдаются проблемы со слухом и зрением. Согласно зарубежным источникам, 30% лиц, достигших 65-летнего возраста, имеют проблемы со слухом, 13% – со зрением, процент людей, имеющих проблемы со зрением, после 85 лет увеличивается на 27 пунктов.

Протекание гипертонии в среднем и пожилом возрасте имеет свои особенности. Если в среднем возрасте гипертония и высокое давление приводят к низкому уровню профессиональной активности, то в более позднем возрасте они мо-

гут быть факторами риска развития болезни Альцгеймера. Внешние факторы, факторы окружающей среды могут выступать своеобразными триггерами развития или активизации болезней у пожилых людей. Психосоциальные факторы, такие как бедность, условия проживания, образ жизни в пожилом возрасте, могут являться одними из стрессоров увеличения риска сердечно-сосудистых заболеваний. Чувство безнадежности, которое возникает у мужчин пожилого возраста может приводить к развитию каротидного атеросклероза. Среди различных причин, не только воспалительных процессов в эндотелии, приводящих к каротидному атеросклерозу, исследователи выделяют и факторы «жизненного истощения», среди которых общая усталость, раздражительность, деморализация.

В пожилом возрасте «небиологические факторы» могут приводить к различным заболеваниям и функциональным расстройствам. К сердечно-сосудистым заболеваниям пожилых людей может привести социальная изоляция, проживание в одиночестве.

Многочисленные исследования показывают, что низкий уровень эмоциональной поддержки пожилого человека, когда он имеет множественные заболевания, негативно сказывается на его здоровье. Наблюдения показали, что пожилые люди, и мужчины, и женщины, имеющие сердечно-сосудистые заболевания, не имеющие достаточной эмоциональной поддержки, имеют риск смертельного исхода в три раза выше. Для эффективной социальной поддержки и социального ухода клиническая геронтологическая социальная работа должна учитывать при работе с клиентами пожилого возраста не только проблемы их социального функционирования, но и различные синдромы заболеваний.

РАЗДЕЛ 2

ПОЖИЛОЙ ЧЕЛОВЕК В КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

ГЛАВА 4

ПОЖИЛОЙ ЧЕЛОВЕК КАК СУБЪЕКТ И ОБЪЕКТ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

4.1. Общие подходы к процессам возрастной периодизации человека

Системный подход к описанию жизнедеятельности пожилого человека имеет достаточно большое количество схем, подходов и классификаций. К всевозможным классификациям можно отнести концептуальный подход *Биррена и Реннера*, их взгляды соответствуют системным взглядам на процесс старения, который общепринят в современном научном социальном познании¹.

Исследователи процесса старения предлагают соотносить его с биологическим, психологическим, социальным возрастом. Каждый из представленных факторов обладает своими системными характеристиками, позволяющими определить индивидуальный уровень процесса старения.

Биологический возраст. Подходы с позиций биологического возраста характеризуются, с одной стороны, функциональными возможностями и ограничениям физиологических систем организма человека, а с другой – потенциальной продолжительностью жизни. Эти характеристики дают возможность сформировать оценку биологических детерминант возраста.

Психологический возраст. Данный подход связывают с пониманием приспособления человека к изменяющимся условиям, насколько гибко он может реагировать на вызовы окружающей среды. Психологический возраст тесно связан с хронологическим и биологическим возрастом, но эти детерминанты не могут адекватно отражать процессы психологического возраста. Так, 80-летний чело-

¹ Birren J.E., Renner V.J. Concepts and criteria of mental health and aging // American Journal of Orthopsychiatry. 1981. Vol. 51 (2). Pp. 242–254.

век может страдать от сердечно-сосудистых заболеваний, но быть хорошо информированным по современным проблемам робототехники, в отличие от более молодых людей. Когнитивные функции и познавательные интенции не обязательно обусловлены биологическими и возрастными факторами.

Социальный возраст. К данному определению относят феномены, связанные с реализацией социальных ролей, привычек, отношений, которые общество ожидает от человека в этом возрасте. Социальный возраст может быть связан с хронологическим, биологическим, психологическим, но по некоторым показателям достаточно сложно найти корреляты. Например, музыка, ее различные направления, спортивные мероприятия и другие виды социокультурной деятельности, которые соотносят с более молодой возрастной группой, могут быть связаны с жизнедеятельностью и возрастных групп населения.

Современные научные подходы основываются на интегративном анализе процессов старения человека, где процесс геронтогенеза осмысливается с холистических позиций. В основе этого подхода в геронтологической социальной работе лежат научные представления о различных стратегиях помощи пожилому человеку с учетом его биопсихосоциальных возможностей, позволяющих ему социально функционировать, реализовывать возрастные сценарии жизни.

4.2. Биологические траектории пожилых людей

Биологические траектории развития человека являются определяющими в осмыслении его жизненного цикла, а особенно в фазе геронтогенеза. Поздний период жизненного цикла человека имеет различные классификации в научной литературе. В практике геронтологической социальной работы они необходимы для понимания биопсихосоциального функционирования человека на поздних стадиях.

В основе многочисленных возрастных периодизаций лежат различные основания, но все они сфокусированы вокруг следующих детерминант:

- здоровья человека,
- возрастных особенностей социального функционирования (социальные роли, возможность не быть включенным в трудовые отношения, наличие свободного времени),
- финального этапа жизни (на основе региональных и демографических тенденций).

Эти детерминанты определяют специфику периодизации поздних этапов жизни человека. Несмотря на общепризнанный статус различных типов старе-

ния, именно хронологический возраст наиболее часто используется в качестве классифицирующей переменной в исследованиях, посвященных старению.

Например, британский исследователь *Д. Бромлей* предложил классификацию старения человека из трех фаз:

- «удаление от дел» (65–70 лет),
- старость (70 и более лет),
- дряхлость, болезненная старость и смерть.

В современной отечественной и зарубежной научной литературе также принято выделять трехчастную структуру процесса геронтогенеза, в этой связи выделяют следующие возрастные группы: молодые-пожилые (отдельные ученые их называют «биологической элитой»), пожилые среднего возраста, престарелые.

К первой группы относится когорта мужчин и женщин от 65 до 74 лет. Как правило, в этой возрастной группе количество женщин больше, чем мужчин. Если обратиться к российской статистике, то на 1000 мужчин в возрасте от 65 до 69 лет приходится 1679 женщин. Эти цифры еще более существенно разнятся после 70 лет, в 2018 г. в этой возрастной когорте на 1000 мужчин приходилось 2406 женщин.

Ко второй группе относят мужчин и женщин возрастного диапазона 75–84 лет. Данная возрастная группа уже существенно отличается от предшествующей: характерно наличие медицинских проблем, рост инвалидизации. Однако в зарубежных исследованиях отмечается, что благодаря реабилитационной работе и терапии пожилые люди данной группы меньше страдают от психологических проблем, чем предшествующая группа, меньше находятся в депрессивном состоянии и состоянии тревоги, вместе с тем они требуют более всестороннего подхода специалистов, решения биопсихологических и социальных проблем.

Группа престарелых людей свыше 85 лет и старше сталкивается с различными заболеваниями и функциональными ограничениями. Согласно исследованиям, данная возрастная когорта в 2000 г. насчитывала во всем мире 70 миллионов человек. Ожидается, что в данной группе в 2025 г. в мире будет около 153 миллионов, и наибольшая концентрация престарелых людей прогнозируется в развивающихся странах. В этой группе наблюдаются проблемы со здоровьем, когнитивные расстройства, проблемы ориентации в пространстве и ряд других особенностей.

Рольевые задачи пожилого человека в контексте физиологических изменений

Пожилые и престарелые люди в фазе геронтогенеза имеют индивидуальный внутренний контекст жизнедеятельности, который определен физиологическими процессами старения. На этом этапе пожилому человеку необходимо не только адаптироваться к новым реалиям своего здоровья, но одновременно в

процессе жизнедеятельности с «новыми/ старыми» развивающимися болезнями приспособиться к ограничениям социального функционирования в окружающей среде.

Учитывая данные факторы, по мнению американских антропологов *Маргaret Кларк и Барбары Андерсон*, пожилые люди должны на данном этапе жизнедеятельности решить определенные адаптивные задачи, к которым они отнесли следующие.

- *Признать, что старение связано с ограничениями* определенных физических и умственных способностей человека. Способность признавать этот факт, а не отрицать, является основополагающей задачей.

- *Изменить физическую активность и социальные роли.* Как только люди принимают ограничения, они должны приспособиться к изменениям интенсивности в жизнедеятельности: получать помощь в ведении домашнего хозяйства, снизить рабочую нагрузку, переехать в меньшую квартиру и т.д.

- *Найти новые способы удовлетворения своих потребностей.* Когда старые проблемы или их решение не позволяют находить новые средства для удовлетворения физических, эмоциональных и экономических потребностей, необходимо найти замену для обеспечения доходов, общения, интересов. Неудача в реализации этой задачи является основной и наиболее частой причиной неадаптивного старения.

- *Разработать новые критерии для самооценки.* Пожилой человек должен уметь чувствовать себя достойно и удовлетворенным от принятия ролей, не связанных с работой. Это одна из проблем в нашем ориентированном на работу обществе, которое не придает важного значения отдыху, играм, свободному времени, предоставляя мало ролей для вышедших на пенсию работников.

- *Установить новые ценности и цели для жизни.* Пожилые люди должны найти и принять новые ценности в своей социальной среде. Успех предполагает развитие позитивных отношений с другими и получение от них положительной обратной связи¹.

Способность принимать и решать комплекс задач на новом этапе жизни, исходя из комплекса физиологических изменений, определяет процесс успешного старения. Поведение пожилого человека при решении данных задач может быть различным, что позволило ученым зафиксировать определенные паттерны поведения, на основе которых была сформирована определенная типология пожилых людей.

¹ Clark M., Anderson B.G. Culture and Aging: An Anthropological Study of Older Americans. Springfield, Illinois, 1967. P. 496.

Американский социолог *Бернас Нейгартен* предложил следующую типологию пожилых людей на основе решения задач жизненного цикла:

Интегрированный тип

- способный справиться с внутренними импульсами и внешней реальностью,
- полностью вовлечен и функционирующий во многих социальных ролях,
- сосредоточен на меньшем количестве областей,
- отстранен, замкнутый и предпочитающий простую жизнь.

Защищающийся тип

- удерживающий или поддерживающий высокий уровень взаимодействия, чтобы противостоять ощущаемому чувству распада,
- ограниченный низким уровнем удовлетворенности жизнью, отступающий, чтобы справиться с новыми вызовами.

Пассивно зависимый тип

- зависимый, со средним уровнем удовлетворенности жизнью,
- низкий уровень взаимодействия, удовлетворение в зависимости от других,
- апатичный, «недвижимый», неспособный структурировать мир для удовлетворения своих потребностей.

Дезинтегрированный тип

- дезорганизованный, аномальный и отстраненный от мира¹.

4.3. Психологические траектории пожилого человека

Психологические траектории геронтогенеза исследуются с позиций понимания субъективного опыта человека и его индивидуального развития в процессе жизнедеятельности. Как считает российская исследовательница О.В. Краснова, процесс старения в психологическом познании построен на следующих основаниях:

- старость является продолжением жизненного цикла развития человека, а не рассматривается как отдельный конструкт,
- социальные факторы имеют основополагающее значение,
- разрешение кризисов зависит от индивидуальных личностных характеристик и жизненного опыта, включая негативные последствия,
- в разрешении задач «Я» индивида большую роль играет окружение, которое сопутствует развитию человека.

¹ Neugarten B. Health care, Medicare, and health policy for older people: A conversation with Arthur Flemming // American Psychologist. 1983. Vol. 38 (3). Pp. 311–315.

Все эти установки находят отражение в развитии психоаналитических подходов, эго-психологии, в классических поведенческих концепциях, а также теорий, рассматривающих терминальные стадии жизни человека, на которых мы остановимся в других разделах.

Эпигенетическая теория Э. Эриксона

Э. Эриксон в своей эпигенетической теории описывает поэтапную систему развития человека. Психолог одним из первых стал рассматривать этапы позднего возраста как особенность развития, а не как период стагнации, упадка и потери. Э. Эриксон в более поздних работах определял пожилой возраст от 60 до 75 и от 75 лет до смерти¹. На первом этапе (60–75 лет) перед человеком стоят задачи, которые необходимо было решать в логике двух дилемм «отчаяния» и «эго-интеграции», на следующей фазе старения – между «смертью и бессмертием».

Кризис на данном этапе, с позиций автора концепции, – это целостное восприятие жизненной картины, в которой человек либо находит смысл в воспоминаниях, либо оглядывается на прошедшую жизнь с неудовлетворенностью. Термин «целостность» включал в себя эмоциональную интеграцию человека, который принимает свою жизнь как личную ответственность. Целостность включает в себя не столько произошедшие события, сколько отношения к ним. Кризис на данной фазе разрешается, если человек находит смыслы в определенных целях, даже в страданиях. Если смыслы отсутствуют, человек испытывает неудовлетворенность, на фоне осознания неизбежной смерти это приводит человека в отчаяние. Ситуация усугубляется по мере снижения физической активности, здоровья, смерти супруга, финансовых проблем.

По мнению ученого, к 60-ти годам большинство людей завершают свои родительские обязанности и выходят на пенсию. В основном родительство и профессиональные обязанности занимают большую часть жизни человека, определяя целостность самоидентификации индивида на последних стадиях развития. С позиций Э. Эриксона, в этот период человек сталкивается не столько с психосоциальным кризисом, сколько с интегративной оценкой всей прожитой жизни. Только в старости приходит настоящая зрелость человека, позволяющая ему оценить предшествующий опыт и достижения. Это полюс, обозначенный им как мудрость. Мудрость как интегративное свойство прожитой жизни становится важнейшим аккордом всей жизнедеятельности человека. Как писал Э. Эриксон: «Мудрость – это особое участие в самой жизни перед лицом самой смерти».

¹ Erikson E.H. Identity and the Life-Cycle. N.Y.: International University Press, 1959. P. 171.

На другом полюсе находятся люди, не реализовавшие свои возможности, осознающие невозможность начать все сначала. Отсюда преобладают два типа раздражения у таких людей: сожаление о невозможности начать жизнь с начала и отрицание своих недостатков, проецирование их на окружающий мир. Ретроспективный анализ своей жизни, с точки зрения Э. Эриксона, – особенность психического развития пожилого человека, который анализирует, были ли достигнуты поставленные жизненные цели. В более поздний период, после 90 лет, происходит процесс освобождения от забот, ответственности, и человек получает подлинную свободу.

Как пишут исследователи, такие подходы были близки Э. Эриксону в конце его жизни, когда он приступил к изучению жизни Иисуса Христа. Он считал, что в позднем возрасте люди могут внести свой вклад в заботу о мире, о всех живущих, так как пожилые люди более терпимы, сострадательны, менее критичны и более оптимистичны. Одним из показателей этого, он считал тенденцию, когда пожилые люди чаще, чем более молодые, обращаются к религии. На развитие не влияют болезни, инвалидность, окончательная потеря профессиональной идентичности, поскольку духовная трансцендентность охватывает все стороны жизни человека, в том числе и его Эго. Как отмечают специалисты, при всей строгости эпигенетической концепции Э. Эриксона, её слабостью являются отрицание факторов окружающей среды – войны, эпидемии, бедность, нищета, которые могут препятствовать развитию человека на всех фазах его жизнедеятельности, трансформировать цели и задачи возрастных этапов.

Теория развития задач

Роберт Пек развил подходы Э. Эриксона, считая, что на поздней стадии развития человеку необходимо решить три базовых конфликта.

1. *Конфликт между эго-дифференцированной и ролевой занятостью.* Идентификация Эго осуществляется через трудовую занятость, особенно у мужчин. При этом через профессиональную деятельность развивается самооценка, особенно в тех случаях, когда общество высоко ценит определенный профессиональный статус. С выходом на пенсию статус исчезает вместе с работой, что приводит к личностному кризису. Задача состоит в том, чтобы найти в себе то, что даст признание окружающих на новом этапе жизни, что будет уникальным, достойным уважения окружающих.

2. *Конфликт между трансцендентностью тела и озабоченностью телом.* Процесс старения связан с ослаблением здоровья и ухудшением физического состояния. Проблемы возникают в том случае, если тело абсолютизируется пожилым человеком. Успешное старение видится в том, что необходимо научить-

ся преодолевать физический дискомфорт, находить другие виды занятий, которые способствуют успешному старению.

3. Третий конфликт, который необходимо разрешить – это *трансцендентность эго и озабоченность эго*. Р. Пек данный уровень задач определил как «ночь эго» – принятие того, что человек неизбежно умрет. Однако в заботе о других людях и их благополучии возможно преодолеть чрезмерную самоозабоченность¹.

Поведенческий подход Б. Скиннера

Б. Скиннер считал, что по мере того, как люди становятся старше, достигая преклонного возраста, их окружение становится более ограниченным, снижаются социальные отношения, профессиональные возможности. Человек ограничивается «меньшим миром». Особенности пожилого возраста связаны с изменением качества мышления. Б. Скиннер считал, что ограничения вызваны прежде всего возможностями обучения, которые предоставляет окружающая среда. Отсутствие систематического подкрепления способствует развитию когнитивных изменений, на которые также влияют средовые факторы².

На основе психологических личностных характеристик британский социолог С. Рейхард выделил пять типов пожилых людей:

- «Зрелый тип» – свободный от конфликтов пожилой человек, принимающий себя без сожалений о прошлом, обладающий личной независимостью, склонный к сотрудничеству.

- «Кресло-качалка» – зависимый, полагается на помощь других, пассивный, приветствующий возможность отдохнуть и освободиться от обязанностей и ответственности, считающий, что старость – это время досуга.

- «Панцирный тип» – имеющий высокоразвитую систему защиты от тревог старения, чрезмерно амбициозный, активная деятельность выступает «доказательством» здоровья, личной независимости, отсутствия нужды в посторонней помощи.

- «Агрессивный тип» – обвиняющий других, неспособный принять свой стареющий статус, не склонный к сотрудничеству, заикленный на неудачах индивидуальной жизни, не способный к планированию, «выплескивающий» агрессию на окружающих.

¹ Peck R. Psychological Developments in the Second Half of Life. Chicago: University of Chicago Press, 1968; Psychological Aspects of Aging. Ed.J. Anderson. Washington D.C. American Psychological Association, 1956. Pp. 42-53.

² Skinner B.F. About Behaviorism. New York: Knopf, 1974.

- «Ненавидящий тип» – самообвинитель, разочарован в жизни, недостаточно приспособлен, «агрессия внутри» пожилого человека¹.

4.4. Социальные траектории пожилого человека

Социальные траектории пожилого человека определяют физиологические, психологические факторы, о которых мы говорили выше. Физиологические факторы – снижение остроты зрения и слуха, хрупкость костей и ограничения подвижности могут не позволить продолжать профессиональную деятельность, затрудняют коммуникации, социальное взаимодействие.

Вместе с тем, несмотря на снижение физических, социальных возможностей, пожилой и престарелый человек будет продолжать выполнять определенные социальные роли, которые коррелируют с его физическими возможностями. В этой связи постоянное поддержание физической активности – не только фактор интеграции в сообщество, но и фактор укрепления здоровья, позволяющий поддерживать функциональное состояние организма, например, снижать нагрузку на суставы, регулировать кровяное давление. Социальные роли будут зависеть и от способности пожилого человека адаптироваться к изменениям и потерям, которые становятся неизбежными в этот период жизни.

Адаптация как социальный фактор связана и с таким явлением, как прекращение активной профессиональной деятельности, что влияет на мотивацию к жизнедеятельности и на изменение социального статуса человека. Снижение социальных контактов, потеря профессиональной идентичности становятся факторами стресса, который может перерасти в депрессию. С другой стороны, отсутствие занятости формирует новые страхи, в основе которых страх быть бременем для окружающих людей.

Все эти социальные аспекты жизнедеятельности пожилых и престарелых людей рассматриваются в социальных теориях. Среди всевозможных подходов можно выделить основные:

- теория повышенной зависимости,
- теория «человек в окружающей среде»,
- теория устойчивости человека в окружающей среде.

Теория повышенной зависимости. Согласно данной теории, с возрастом люди становятся более зависимыми от других. Многие пожилые люди нуждаются в помощи в процессе удовлетворения своих повседневных потребностей. Такая

¹ Suzman R. Helping the world to grow old more gracefully // The Lancet. 2014. Vol. 385. Iss. 9967. Pp. 499.

ситуация может привести к зависимости от опекунов: членов семьи, родственников, друзей, медицинских работников. Жизнедеятельность многих пожилых людей осуществляется в домах престарелых, которые оказывают сильное социальное и эмоциональное воздействие на их благополучие. Пожилые люди могут бороться с чувством вины, стыда или депрессии из-за повышенной зависимости, особенно в обществах, где забота о пожилых людях рассматривается как бремя. Если пожилой человек должен отойти от друзей, сообщества, своего дома или других знакомых аспектов своей жизни, чтобы войти в дом престарелых, он может испытывать изоляцию, депрессию или одиночество.

Теория «Человек в окружающей среде» была предложена Дж. Лоутоном. Экологическая модель Дж. Лоутона рассматривается в практике помогающих профессий как фундаментальная для работы с пожилыми людьми, она связана с окружающей средой и повседневной деятельностью¹. Исследователь считал, что пожилого человека необходимо рассматривать как субъекта, сохранившего определенные способности и индивидуальные сильные стороны, которые обусловлены требованиями окружающей среды.

Реализуемый подход «человек в окружающей среде» осмысляет пожилого человека в динамических изменениях как самого субъекта в его физиологической и психологической динамике, так и среды, которая тоже постоянно изменяется. Диалектический подход рассматривает способность пожилого человека чувствовать и понимать индивидуальные изменения в физиологической и психологической динамике, постоянно меняющиеся требования окружающей среды. Теория «человек в окружающей среде» – сложная система, представляющая собой паттерн многих подсистем, взаимодействующих друг с другом.

Теория устойчивости человека в окружающей среде. Модель Дж. Лоутона подвергается критике со стороны различных исследователей, поскольку она не учитывает потребности, отношения, восприятие и возможности доступа к индивидуальным ресурсам, что заставляет переосмыслить ее, чтобы охватить многие переменные, влияющие на пожилых людей. Одним из таких подходов является концепция устойчивости человека в окружающей среде. «Устойчивость» как базовая характеристика пожилого человека в окружающей среде определена рядом характеристик: здоровье, финансы, семейные отношения, партнерство, брак, пол, сексуальная ориентация, этническая принадлежность, степень самостоятельности, когнитивные способности².

¹ Lawton M.P. Housing the elderly: Residential quality and residential satisfaction among the elderly // Research on Aging. 1980. Vol. 2. No 3. Pp. 309–328.

² Lawton M.P. Three functions of the residential environment // Journal of Housing for the Elderly. 1988. Vol. 5 (1). Pp. 35–50.

Окружающая среда пожилого человека, обладает определенными объективными средовыми стрессовыми факторами, влияющими на устойчивость пожилого человека, что может приводить к трансформации жизнедеятельности. К ним исследователи относят нищету, болезни, другие социальные факторы. Это приводит к тому, что ослабляется сопротивляемость пожилого человека, на стрессовые факторы он реагирует неадаптивным образом, что еще больше стигматизирует индивида.

Процесс стигматизации имеет сложную структуру и является продуктом многих составляющих: среди них не только политические, социальные, экономические, социокультурные стигмы, но и сами помогающие структуры несут в себе элементы стигматизации. Однако, несмотря на сложный комплекс внешнего давления на пожилого человека различных систем и подсистем, возможно уменьшить этот «пресс» при активном участии самого пожилого человека. Включение его в решение своих проблем, в сетевые отношения с друзьями, родственниками, сообществами, профессионалами позволяет активизировать индивидуальные ресурсы. При этом активизируются сильные стороны субъекта, которые поддерживают его в различных ситуациях, несмотря на возможную травматичность событий.

Ослабленная устойчивость, пренебрежение пожилым человеком репертуаром позитивных решений может вызвать неадаптивные реакции, приводить к негативным выборам, развитию различных патологий. В этой связи, как считают исследователи, через обучение пожилого человека новым позитивным стратегиям жизнедеятельности возможно формировать новые модели поведения, повышая его социальную активность, индивидуальную устойчивость, гармонизировать отношения с окружающими.

ГЛАВА 5

ПОЖИЛОЙ ЧЕЛОВЕК КАК ОБЪЕКТ И СУБЪЕКТ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Процесс старения человека – это объективный процесс, который получил научное обоснование в конце XX века в отечественной научной литературе как геронтогенез. Как считала российская исследовательница М. Александрова, этот процесс является продолжением онтогенеза, периода развития человека, где старость и смерть являются неотъемлемыми этапами жизни человека¹. Ученый определяла этот процесс как нелинейный, противоречивый, имеющий свои специфические фазы. Можно отметить, что антропогенез, психогенез и социогенез, в пределах индивидуального жизненного цикла человека, по-своему формируют особенности его личности на всех стадиях жизнедеятельности, а на поздних этапах определяют специфику его ролевого поведения, когнитивных процессов, коммуникаций, отношений с социальными институтами. Эти процессы должны быть в центре внимания профессионалов при социальной поддержке пожилого человека на всех фазах геронтогенеза.

5.1. Биопсихосоциальное состояние пожилых людей в аспекте медицинских проблем

Проблемы биопсихосоциального функционирования пожилого человека тесно связаны с проблемами здоровья и актуализируются в данный период жизнедеятельности. Медицинские проблемы заставляют вносить коррективы, изменять стратегии, ценностные ориентации, виды деятельности и систему сложившихся коммуникаций. Спектр заболеваний у пожилых людей достаточно широк. Профессионалы сталкиваются с комплексом болезней, мультиморбидными заболеваниями, которые чаще встречаются у женщин пожилого и престарелого возраста. В данном разделе мы остановимся на наиболее распространенных заболеваниях пожилых людей, которые осложняют их социальное функционирование, вносят коррективы в осуществление социальной работы.

Сердечно-сосудистые заболевания

Сердечно-сосудистые заболевания включают в себя ряд таких заболеваний, как ишемическую болезнь сердца, сердечную недостаточность, инсульт, врож-

¹ Александрова М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии. – Л.: ЛГУ, 1974. 127 с.

денные пороки сердца, высокое артериальное давление. Как показывают американские исследования, увеличение сердечно-сосудистых заболеваний у женщин происходит примерно на 10 лет позже, чем у мужчин, однако после 85 лет заболеваемость прогрессирует и наблюдается у 74 женщин из 1000.

Согласно статистическим данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2018 г. умерло 1817710 граждан. На первом месте среди причин смертности находились заболевания системы кровообращения, смертность от которых составили 841915 случаев. Данное заболевание осложняет социальное функционирование пожилого человека в обществе, систему его коммуникаций¹.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Согласно исследованиям *Р. Терстон, и К. Мэтьюз*, женщины заболевают на 10 лет позже мужчин, к этому времени их болезнь развивается на фоне различных комборбидных симптомов². При этом женщины более склонны испытывать внезапные сердечные приступы без предшествующих симптомов, имеют худший медицинский прогноз. Зарубежные исследования показали, что женщины, ухаживающие за больными супругами в течение четырех лет девять и более часов в неделю, имеют риск развития ИБС в два раза больше, чем те, кто за ними не ухаживал. Женщины, осуществляющие уход за внуками более девяти часов в неделю, тоже имели высокий риск ИБС.

По мнению российских ученых *Е. Ачкасова и Н.Д. Твороговой*, для больных ИБС и мужчин, и женщин характерны определенные психопатологические реакции, которые отражены в таблице 1³.

На пожилых людях с сердечно-сосудистыми заболеваниями может негативно сказаться отсутствие социальных связей. Согласно исследованиям, *Е. Тобиас, Дж. Стефано, Г. Бенсона* и других, социально изолированные люди имеют более высокие показатели заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями⁴. Социально изолированные мужчины имеют риск летального исхода в два раза выше, чем интегрированные в социум. Клиенты с коронарными заболеваниями,

¹ Статистический сборник 2018 год. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god> (Дата обращения: 07.05.2020).

² Gibson C., Matthews K., Thurston R. Daily physical activity and hot flashes in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Flashes Study // *Fertil Steril*. 2014. Vol. 101 (4). P. 1110.

³ Ачкасов Е.Е. Психологические аспекты медицинской реабилитации: Учебное пособие / Под ред. Е.Е. Ачкасова, Н.Д. Твороговой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 352 с.

⁴ Esch T., Stefano G.B., Frichione G.L., Benson H. The Role of Stress in Neurodegenerative Diseases and Mental Disorders // *Neuroendocrinology Letters*. 2002. Vol. 23 (3). Pp. 199-208.

имеющие ограниченные социальные сети менее трех человек, имеют уровень смертности в 2,4 раза выше в течение пяти лет по сравнению с клиентами, имеющими большие социальные сети.

Т а б л и ц а 1

Психопатологические реакции при ишемической болезни сердца

Типология реакций	Основные характеристики реакций
Кардиофобические реакции	«Страх за сердце», боязнь повторных инфарктов, внезапной смерти от сердечного приступа
Тревожно-депрессивная реакция	Угнетенное, подавленное настроение, апатия, пессимизм, нарушение сна
Ипохондрическая реакция	Неоправданное беспокойство за здоровье, жалобы на разнообразные ощущения в области сердца, несоответствие между жалобами и соматическими изменениями
Истерическая реакция	Эгоцентризм, стремление привлечь к себе внимание, вызывать сочувствие. Характерны вегетативные истероморфные нарушения: «комок в горле», тахикардия, головокружения
Анозогнозические реакции	Отрицание рекомендаций, нарушение режима

Сердечно-сосудистые заболевания и депрессия имеют корреляцию в когорте пожилых и престарелых людей. Депрессия у пожилых людей часто совпадает с сердечно-сосудистыми заболеваниями, при определенной ситуации она может провоцировать инсульт. Европейские исследования показывают, что пожилые люди, страдающие депрессией, имеют ИБС, в свою очередь наблюдается и обратная тенденция, когда болезни сердца провоцируют депрессию. Депрессия наблюдается у пожилых людей после инфаркта миокарда, есть определенные взаимосвязи между тревожностью и сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также нестабильной стенокардией, что особенно характерно для пожилых женщин.

Рак

Рак является второй после сердечно-сосудистых заболеваний наиболее распространенной причиной смерти. Согласно мировой статистике, в мире от рака умирают 4,5 млн. мужчин и 3,5 млн. женщин, при этом преимущественно умирают представители возрастных когорт населения старше 60–70 лет. По свидетельству европейской статистики, в 2017 г. на сто тысяч населения больных раком было зафиксировано в Дании – 338 чел., Франции – 325 чел., Бельгии – 321 чел., Норвегии – 318 чел. Эти тенденции верны и для Российской Федерации. По статистике, заболеваемость раком характерна для пожилого населения, но наблюдается тенденция на его «омоложение». Смертность от раковых заболеваний среди людей старше 70-и лет в 7–10 раз выше, чем у пятидесятилетних, а у 50-ти летних в 20 раз выше, чем у сорокалетних.

Основными раковыми заболеваниями у пожилых людей, согласно исследованиям *Барса и Джонсона*, являются:

- рак молочной железы;
- хронический лимфоцитарный лейкоз;
- лимфоцитарная лимфома;
- колоректальный рак;
- рак легких;
- рак рта, головы и шеи;
- множественная миелома;
- рак простаты;
- рак кожи;
- рак вульвы¹.

Заболевание раком у пожилых людей сопровождается ослаблением социального функционирования, препятствует выполнению социальных и семейных ролей. Болезнь сопровождается болью и синдромом деморализации, который по симптоматике близок депрессии, но как считают специалисты, не отвечает критериям депрессивного эпизода. Согласно исследованиям *Киссейна и Кларка*, синдром деморализации, в отличие от депрессии, связан с таким явлением, как ангедония – полного отсутствия получения удовольствия от жизни, от видов деятельности, которые приносили раньше удовлетворение и радость². Данное понятие было впервые введено в 1886 г. *Т. Рибо* для описания состояния пациентов с заболеванием печени³, затем оно было взято для описания эмоционального дефекта шизофрении психиатрами *Крепелиным*⁴ и *Блейлером*⁵.

Синдром деморализации приводит пожилого человека к экзистенциальному кризису в отношении своего будущего, что влияет на мотивацию и приводит к социальной самоизоляции и потери автономии. Чувство безнадежности у пожилых людей также может приводить к желанию ускорить приход смерти.

¹ Fields R.C, Fleming M.D, Gastman B., Gonzalez R., Johnson D., Joseph R.W., et al. Melanoma, Version 2.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology // J Natl Compr Canc Netw. 2016. Vol. 14. Pp. 450–73.

² Kissane D.W., Clarke D.M., Street A.F. Demoralization syndrome-a relevant psychiatric diagnosis for palliative care // J Palliat Care. 2001. Vol. 17 (1). Pp. 12–41.

³ Рибо Т.А. Психология внимания. – СПб.: Типография товарищества Общественная польза, 1897.

⁴ Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch fur Studierende und Ante. 1st ed. Leipzig, Germany: Barth, 1883.

⁵ Berrios G.E., Hauser R. The early development of Kraepelin's ideas on classification: a conceptual history // Psychological Medicine. 1988. Pp. 813–821.

Артрит

Согласно зарубежным исследованиям, каждый третий американец имеет ту или иную форму артрита и другие болезни опорно-двигательного аппарата. Наиболее распространенной формой у пожилых людей является остеоартрит. Согласно исследованиям ИДПО ДТСЗН г. Москвы, в 2017 г. 668,7 тыс. граждан старшего возраста, проживающих постоянно в Москве, имели заболевания костно-мышечной системы и соединительных тканей.

По результатам медицинских исследований, остеоартрит является наиболее распространенной формой артрита у пожилых людей. Все формы артрита вызывают значительное нарушение функций пожилых людей: снижение способности к самообслуживанию, значительное ограничение суставов и связанную с этим мышечную слабость. Большинство больных артритом испытывают боль, особенно при передвижении. Пожилые люди, испытывающие артритные боли, часто испытывают сопутствующую депрессию. Боли при различных типах артрита ограничивает участие пожилых людей в различных видах социальной деятельности, при инвалидности наблюдаются различные психологические расстройства. Как отмечают отечественные специалисты, при ревматоидном артрите у клиентов наблюдаются тревожные состояния, депрессивные расстройства, достаточно высок риск самоубийств. Согласно американским исследованиям, более 2 млн. американцев страдают этим заболеванием, у женщин артрит встречается в три раза чаще, чем у мужчин. При системной красной волчанке уровень заболеваемости 40-50 человек на сто тысяч, 85% всех заболеваний также отмечается среди женщин различных этнических групп.

Л. Портер, Т. Сомерс и др. исследователи считают, что большая распространенность заболеваний опорно-двигательного аппарата у женщин, чем у мужчин, связана с расстройствами репродуктивных гормонов¹. Была установлена корреляция: при снижении половых гормонов в пожилом возрасте у женщин повышался риск развития артрита и заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Заболевания опорно-двигательного аппарата у пожилых людей могут формировать определенные страхи, специфическими являются страхи, связанные с передвижением, страх падения. Страхи передвижения способствуют социальной изоляции пожилых людей, снижают их социальные роли, ограничивают досуговую деятельность, что неблагоприятно сказывается на жизнедеятельности.

¹ Keefe F.J., Porter L., Somers T., Shelby R., Wren A.V. Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications // British Journal of Anaesthesia. 2013. Vol. 111. Iss. 1. Pp. 89–94.

Боль

Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли, «боль – это сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с фактическим и потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения». Зарубежные и отечественные исследования показывают, что у пожилых людей наиболее распространенным являются хронические боли. Канадские исследования пожилых людей выявили 15% клиентов, которые страдают от хронических болей, в Швеции они составляли 48,9%, при этом в обоих исследованиях женщины составляли большинство. Ограниченные исследования показали, что распространенность хронической боли остается неизменной в возрастной группе 60-74 года, однако после 75-летнего возраста она может подниматься до 62%. В Германии этот процент составлял 69,8%, а в домах престарелых – 81,8%. Как считают немецкие исследователи, такой высокий процент пожилых людей, испытывающих хронические боли, закономерен, так как в данных учреждениях находятся менее здоровые люди.

Международные исследования выявили общие тенденции хронической боли:

- в зоне риска находятся пожилые женщины,
- пожилые люди, имеющие ожирение, избыточную массу тела,
- низкое экономическое положение пожилых людей отражалось на возможностях получения квалифицированной медицинской помощи.

Хроническая боль у пожилых людей сопровождается депрессивным состоянием, исследования показали взаимосвязь между болью и депрессией: увеличивает риск депрессии у пожилых людей более, чем в четыре раза.

Согласно исследованиям *А. Паладини, П. Зиса, и др.*, основные группы хронических заболеваний у пожилых следующие:

- хроническая раковая боль: вызывается либо непосредственно раком (первичная опухолевая инвазия или метастазы), либо косвенно лечением (химиотерапией, индуцированной нейропатией и лучевой терапией),
- хроническая нейропатическая боль: вызывается любым поражением в соматосенсорной нервной системе (таламическим инсультом, периферической нейропатией и радикулопатией), данная боль преобладает в старости,
- хроническая скелетно-мышечная боль: возникает как часть заболеваний, непосредственно влияющих на кости (переломы), суставы (воспалительный и дегенеративный артрит), мышцы (миозит) или связанные с ними мягкие ткани (тендинит),
- хроническая посттравматическая или послеоперационная боль, которая развилась после хирургической операции или травматического поражения,

- хроническая висцеральная боль возникает в результате заболеваний и дисфункций внутренних органов и их оболочек,

- хроническая головная боль и орофациальная боль, эта подкатегория включает хронические головные боли. Последние могут быть чисто невропатическими вторичными по отношению к черепным невропатиям (невралгия тройничного нерва) или преимущественно ноцицептивными вторичными по отношению к височно-нижнечелюстным расстройствам,

- хроническая первичная боль – это болевой синдром, который не может быть объяснен другим хроническим болевым состоянием¹.

В этой категории могут быть обнаружены такие синдромы, как боль в пояснице, не идентифицированные как скелетно-мышечные, невропатические, а также болезненные состояния, вызывающие значительные эмоциональные расстройства: синдром раздраженного кишечника и фибромиалгия. Особенность болевых синдромов у пожилых людей заключается в том, что они сопровождаются психологическим дистрессом. Как считают специалисты, катастрофизация боли, сосредоточение на болевых ощущениях усиливают боль, формирует чувство беспомощности, вызывает различные аффекты: как гнев, тревога, печаль. В среде пожилых людей катастрофизация – один из главных факторов депрессии.

На основе исследований различных болевых синдромов *Терк и Руди* предложили классификацию клиентов в соответствии с индивидуальными психосоциальными реакциями². Они разделили их на три группы:

- *дисфункциональные клиенты*, которые воспринимают тяжесть своей боли как высокую, считают, что боль осложняет им жизнедеятельность, имеют высокий уровень психологического дистресса из-за боли, низкий уровень социальной активности,

- *проблемные клиенты в межличностном взаимодействии*, считающие, что не имеют должной поддержки со стороны родных и близких,

- *адаптивные клиенты*, считающие, что имеют высокий уровень поддержки, низкий уровень боли, относительно высокий уровень социальной активности.

¹ Paladini A., Marinangeli F., Coaccioli S., Fusco M., Piroli A., et al. New Perspectives in Chronic and Neuropathic Pain in Older Population // SOJ Anesthesiology and Pain Management. 2015. Vol. 2 (3). Pp. 1-3. URL: <https://symbiosisonlinepublishing.com/anesthesiology-painmanagement/anesthesiology-painmanagement26.pdf>

² Turk D.C., Rudy T.E. Neglected topics in the treatment of chronic pain patients-relapse, non-compliance, and adherence enhancement // Pain. 1991. Vol. 44 (1). Pp. 5–28.

Сахарный диабет

По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США, в 2011 г. пожилые люди в возрасте 65 лет и старше в 25% случаев имели сахарный диабет. В США пожизненный риск развития диабета у лиц, родившихся в 2000 г., составляет 32,8% для мужчин и 38,5% для женщин. Как считают американские специалисты, существует генетическая обусловленность развития диабета 2-го типа к 70-ти годам у 11% населения, если один из родителей имел данное заболевание или оба родителя имели диабет 2-го типа, процент вероятности увеличивается до 45%¹.

В Российской Федерации, по разным источникам, больных диабетом обоих типов около 9,6 млн. человек, в эту группу включены как дети, так и взрослые.

По данным Центра по контролю и профилактике заболеваний, в мире диабет и первого и второго типа в начале нового столетия достиг эпидемического уровня. Так, в 2004 г. каждые 24 часа наблюдалось:

- 3600 новых случаев диабета 2-го типа,
- 580 смертей, связанных с этим заболеванием,
- 225 ампутаций,
- 120 человек, страдающих почечной недостаточностью,
- 55 новых случаев слепоты.

Пожилые люди, страдающие диабетом, имеют больше шансов на совместное возникновение сосудистых и сердечно-сосудистых заболеваний и более высокий уровень госпитализации и последующей смертности. Сахарный диабет может являться причиной развития многих заболеваний и привести к терминальной стадии, например, заболеваниям почек. Сахарный диабет может способствовать развитию различных форм невропатии. По мнению специалистов, наиболее распространенной формой является периферическая сенсорная нейропатия, поражающая кисти, стопы и ноги. 54% людей с диабетом 1-го типа и 45% со 2-м типом диабета имеют эту форму. Кистевой туннельный синдром поражает треть лиц с сахарным диабетом.

Повышенный риск инфаркта миокарда и внезапной смерти у больных сахарным диабетом частично обусловлен вегетативной нейропатией. Пожилые люди с диабетом в 2–12 раз чаще страдают и в 2–4 раза чаще умирают от сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с теми, кто не имеет этого заболевания. Как показывают зарубежные и отечественные исследования, пожилые люди, страдающие диабетом, подвержены более высокому риску болезни Альцгеймера и деменции с несколькими инфарктами, чем недиабетические пациенты. Кроме

¹ Диабет. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> (Дата обращения: 07.05.2020).

того, пожилые люди, страдающие диабетом, подвержены высокому риску депрессии, которая может вызвать проблемы с самообслуживанием и соблюдением контроля лекарственных препаратов.

Для людей пожилого возраста с заболеваниями сахарного диабета первого и второго типа характерны депрессивные состояния. Депрессивное состояние сопровождается тревогами и фобиями. Отрицательные эмоции – это постоянный фон, в контексте которого оценивается текущая жизнедеятельность. Как отмечают отечественные специалисты, подавленность, страхи, психосоциальное перенапряжение являются причинами редкого обращения к услугам социальной помощи. Возможно протестное поведение, нарушение пищевого поведения, употребление продуктов и алкоголя, которые не рекомендуются при данном заболевании.

Психическое здоровье пожилого человека

Психическое здоровье пожилого человека – это отдельная часть геронтогенеза. Данная стадия биопсихосоциального функционирования человека может быть связана с процессами, которые раньше были не характерны для него: депрессивные состояния, состояния тревоги, могут развиваться такие заболевания, как шизофрения, различные виды слабоумия.

Деменция

На поздних стадиях жизнедеятельности пожилого человека может развиваться прогрессирующая потеря памяти, интеллектуальных способностей, языковых навыков, которые осложняют социальное функционирование человека и определяются как деменция, или слабоумие.

Характер и причины наступления деменции имеют различные показатели, многие факторы зависят от возрастных, гендерных особенностей, но и само заболевание имеет тенденцию развития и изменения своих форм. На основе аналитических исследований британским ученым удалось выявить тенденции основных заболеваний у мужчин и женщин пожилого возраста, что отражено в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

Виды деменции по гендерным группам к общему количеству случаев, %

Типология заболевания	Мужчины	Женщины	Общее соотношение
Болезнь Альцгеймера	55	67	62
Сосудистая деменция	20	15	17
Смешанные заболевания	11	10	10
Деменция с тельцами Леви	6	3	4
Лобно-височная деменция	2	1	2
Болезнь Паркинсона	3	1	2
Другие типы	3	3	3

В следующих разделах мы остановимся более подробно на отдельных случаях деменции, с которыми на практике сталкиваются клинические социальные работники.

Депрессия

Депрессия – это психосоциальное состояние, которое люди испытывают в течение жизни достаточно часто. У пожилых людей депрессия может осложняться, например, утратой здоровья или близких, что является неотъемлемой частью жизнедеятельности пожилого человека. Риски депрессии в пожилом возрасте определяют также увеличивающееся количество заболеваний, особенно у женщин. Многолетние исследования британских ученых *Каракуса* и *Паттона* лиц старше 65 лет выявили следующие факторы депрессии в данной возрастной группе:

- восприятие текущего уровня социальной поддержки,
- финансовые проблемы,
- уровень осуществляемого ухода (формального/неформального),
- восстановление после травмы,
- низкий уровень или отказ от религиозной веры,
- повышенная зависимость от окружающих.

Предикторами депрессии, с точки зрения других исследователей, например, американца Харриса, могут являться:

- уровень инвалидности,
- социально-экономический статус пожилого человека,
- контроль окружающих и социальная поддержка.

Депрессия может быть вызвана несколькими факторами индивидуального здоровья и окружающей среды.

Тревожность

Тревожное состояние характерно для пожилых людей, поскольку у них нарушается ритм их жизнедеятельности. Состояние тревоги может вызывать у пожилых людей бессонница, усталость, различные события, например, посещение врача или встречи со значимыми людьми, причем эти состояния могут осложняться различными фобиями – открытого пространства, большим количеством людей. Данные состояния могут характеризоваться паническими атаками – внезапные приступы страха, отдышка, чувство потери контроля над ситуацией, повышенная потливость. Как считают отечественные и зарубежные специалисты, тревожность у пожилых людей часто сопровождается депрессивным состоянием.

Среди наиболее распространенных тревожных расстройств, согласно зарубежным источникам, являются фобии открытого пространства с доминирующим страхом «выхода из дома», беспокойством «падения». Помимо данных страхов существует страх «внезапной смерти на улице», а также фобии, вызванные социальными ситуациями и окружающей средой.

5.1.2. Биопсихосоциальные проблемы пожилых людей с инвалидностью

В начале XX столетия люди с функциональными ограничениями в результате осложнений, развития патогенных процессов не достигали среднего возраста. Ситуация существенно изменяется в начале XXI века. Согласно зарубежным исследованиям, пожилой человек с инвалидностью, достигший пожилого возраста, по своим биопсихосоциальным характеристикам не имеет принципиальных отличий от своих сверстников: процессы снижения физиологических, сенсорных процессов, подвижности суставов имеют характеристики в пределах возрастной нормы, характерной для людей, не имеющих инвалидность. Функциональные изменения в результате инвалидизации у пожилых людей компенсируются в процессе жизнедеятельности, тем не менее риски повторной инвалидизации остаются как на протяжении жизненного цикла, так и в период поздних этапов геронтогенеза, так как остаточные компенсаторные функции с течением времени снижаются.

Профессиональная реабилитация пожилых людей с инвалидностью маловероятна, и она не может быть использована в качестве экономического и социального ресурса в данной социальной группе. В этой связи специалистами могут быть актуализированы рекреационные технологии поддержки, связанные с отдыхом, досугом, а также включением данных клиентов в когнитивно-стимулирующие занятия.

Одним из ресурсов поддержки людей с различными формами инвалидности специалисты видят участие клиентов в религиозных практиках.

Пожилый человек с синдромом Дауна

Клиенты с синдромом Дауна в пожилом возрасте имеют свои особенности. Если в детском возрасте системы медицинской поддержки, социальной реабилитации и инклюзивного образования позволяют относительно компенсировать функциональное состояние, то в пожилом возрасте потеря нейронных клеток в головном мозге создает определенные риски психического здоровья, депрессии и слабоумия. В этой связи взрослые люди с синдромом Дауна испытывают «ускоренное старение». Причина этого сегодня недостаточно понятна, но, как считают специалисты, скорее всего это связано с 21-й хромосомой.

В пожилом возрасте наблюдается дисфункция щитовидной железы, что приводит к синдромам усталости, колебаниям веса и раздражительности. В пожилом возрасте клиенты с синдромом Дауна подвергаются повышенному риску расстройства сна, как следствие, нарушению концентрации внимания, изменению поведения, повышению нагрузки на сердце, легкие. Расстройство сна может приводить к рискам повышенного давления. Пожилые люди с синдромом Дауна имеют повышенный риск нестабильности, это состояние известно, как атлантаксиальная нестабильность, и связана с изменениями в шейных отделах позвоночника. При возникновении хронических изменений в шейном отделе позвоночника появляются болевые симптомы, которые влияют на нарушение походки, вызывают слабость в кистях рук, могут приводить к недержанию мочи.

При синдроме Дауна изменения в головном мозге наблюдаются в раннем возрасте, а к среднему возрасту происходит образование «альцгеймероподобных бляшек и клубков», что приводит к летальным исходам. Как показывают исследования британского специалиста Тони Холланда, клинические признаки деменции в возрасте 40 лет отмечались у 10% наблюдаемых, в возрасте 50 лет до 40%. Отмечалось также, что некоторые люди с синдромом Дауна, дожившие до 60-летнего возраста, не заболевают болезнью Альцгеймера.

Как считают зарубежные специалисты, основными заболеваниями людей с синдромом Дауна являются:

- гипотиреоз – заболевание, обусловленное снижением функции щитовидной железы и недостаточностью выработки ею гормонов,
- сахарный диабет 2-го типа (чаще встречается у людей старше 45 лет),
- нарушения зрения – катаракта и кератоконус,
- нарушения слуха,
- нарушения сердечного ритма,
- желудочно-кишечные заболевания,
- целиакия – наследственное заболевание, характеризующееся атрофией слизистой оболочки тонкой кишки, вызванной непереносимостью белка клейковины злаковых,
- ожирение,
- запор,
- обструктивное апноэ сна,
- депрессия,
- эпилепсия,
- деменция – болезнь Альцгеймера,
- иммунодефицит,
- артрит.

Пожилой клиент с синдромом Дауна имеет ряд проблем и ограничений в социальном функционировании. Институциональные ограничения определяются характером жизнедеятельности, теми социальными сетями, которые были созданы в процессе жизненного цикла. Процессы адаптации в учреждениях после нахождения в семье, по мнению специалистов, протекают достаточно сложно, в отдельных случаях невозможны. Особенно, если эти процессы сопровождаются негативным фоном утраты родителей или замещающих лиц. Как считают специалисты, переживание горя и утраты, которые характерны для его ровесников пожилого возраста, будут протекать особенно, так как умственный возраст таких клиентов колеблется в пределах 8–10 лет, и травма первичной утраты будет протекать в логике детей раннего возраста. Нет однозначного мнения среди специалистов о необходимости и возможности оплакивания потери члена семьи, участия в ритуалах, влияния их как катарсических или травматических событий.

Большая проблема возникает по мере старения родителей, приемных или кровных, когда забота о людях с синдромом Дауна может прерваться. Проблема усугубляется, если болезнь или смерть родителей/приемных родителей будет внезапной. Переживания больных с инвалидностью будут осложнены личностным кризисом на фоне горя и утраты, травматичным будет и перемещение пожилого человека с Даун-синдромом в незнакомые социальные учреждения.

Сенсорные нарушения

Когорта пожилых людей с сенсорными нарушениями в пожилом возрасте резко возрастает, снижается острота зрения и слуха, что затрудняет их нормальное функционирование в повседневной жизни. Пожилые люди с приобретенными сенсорными нарушениями в позднем возрасте более травматично воспринимают ситуацию утраты функциональных возможностей, так как они теряют контроль над своей жизнедеятельностью. Им необходимо приобретать новые двигательные стереотипы, поведенческие навыки ориентации в пространстве, и это все проходит на фоне ослабления зрения.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, снижение слуха и зрения у пожилых людей, приводящее к инвалидизации, наблюдается после 60–65 лет¹. Среди пожилых людей после 70 лет в США снижение слуха наблюдается у 30%, а к 80 годам их процент увеличивается до 50%. Снижение сенсорных возможностей человека сказывается на качестве жизни пожилых людей, здоровье, а в отдельных случаях является фактором смерти.

¹ Диабет. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> (Дата обращения: 07.05.2020).

Потеря зрения среди пожилых людей является серьезной проблемой здравоохранения. Примерно каждый третий человек в возрасте 65 лет страдает каким-либо заболеванием глаз, снижающим зрение. Наиболее распространенными причинами потери зрения среди пожилых людей являются возрастная макулярная дегенерация, глаукома, катаракта и диабетическая ретинопатия. Согласно американским исследованиям, на 100 человек, имеющих сенсорные патологии, соотношение в зависимости от возраста расположилось в следующей паритетности, обозначенной в таблице 3.

Т а б л и ц а 3

**Распространенность сенсорной патологии
в зависимости от возраста, %**

Возраст	Катаракта	Глаукома	Возрастная макулярная дегенерация
50-54	5,1	0,91	0,34
60-64	15,5	1,57	0,54
70-74	36,9	2,79	1,66
80+	68,3	7,74	11,77

Формирование новых моделей поведения происходит на фоне снижения физических функциональных изменений, когда риски остеопороза существенно увеличиваются. При этом значительно снижается тактильная чувствительность, подвижность суставов. Имея интенции социальной, профессиональной активности, пожилой человек с нарушением зрения при организации передвижения его в общественной среде может быть не только социально полезен, но и поддерживать функциональное состояние достаточно долго.

Церебральный паралич

Пожилые люди с диагнозом церебральный паралич составляют достаточно большую возрастную когорту и имеют проблемы как в социальном функционировании, так и сталкиваются со специфическими ограничениями, связанными со здоровьем. Среди всевозможных рисков выделяется ограничение передвижения. Со временем пожилые люди с церебральным параличом теряют способность передвигаться самостоятельно из-за повышенной боли в суставах и мышцах, возникают эти проблемы в связи с использованием костылей, инвалидных колясок и скрутеров.

Со временем использование средств передвижения приводит к ухудшению состояния задействованных сухожилий и суставов, появляется синдром запястного канала, который затрудняет мобильность.

После 50 лет боль и усталость являются наиболее распространенными симптомами ухудшения здоровья. Наиболее распространенными синдромами боли

являются: цервикальная боль, боль в спине, боль в мышцах, нижних конечностях, парестезия руки. Исследования показали, хроническую боль, длительность которой превышает три месяца, испытывают более 75% взрослых людей с данным диагнозом, нередко ортопедические деформации, переломы, часто встречается боль от спастичности.

Проблемы опорно-двигательного аппарата у пожилых людей с церебральным параличом связаны с такими заболеваниями, как *остеопороз* и *артрит*. Взрослые чаще испытывают дефицит *витамина D*, так как это связано с применением противосудорожных препаратов, а также недостаточностью прогулок на свежем воздухе. Риски развития астмы, хронических респираторных заболеваний, заболеваний легких осложняют социальное функционирование людей с заболеванием церебрального паралича на протяжении всего жизненного цикла, тем более в пожилом возрасте. У данной группы пожилых людей низкая минеральная плотность костной ткани и мышечная масса, возникает опасность переломов, риск падений. Особой группой рисков для пожилых людей с церебральным параличом является *саркопения*, возрастное снижение массы и силы скелетных мышц.

Еще одной значимой проблемой для пожилых людей с данным диагнозом является *дисфагия* – проблема с глотанием, которая возникает уже в возрасте 30 лет. В пожилом возрасте затруднения увеличиваются, и как показывает практика социального ухода, на данной стадии не только ограничиваются различные виды пищевых продуктов, но постепенно протертые продукты начинают доминировать в рационе, что позволяет избежать недоедания у данной группы пожилых, предупредить обезвоживание, различные респираторные заболевания.

Одна из проблем пожилых людей с церебральным параличом – проблема коммуникаций с различными социальными группами. Осложненные коммуникации со стороны пожилых людей приводят к их социальной изоляции, депрессивным состояниям и повышенной тревожности. Особенность пожилых людей с данным заболеванием связана с тем, что им все время приходится приспосабливаться к физическим и когнитивным изменениям. Со временем усложняются повседневные трудности, связанные с одеванием, гигиеническими процедурами, самообслуживанием.

ГЛАВА 6

ОСНОВНЫЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА В КОНТЕКСТЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

6.1. Основные гериатрические синдромы людей пожилого и престарелого возраста

Понятие «гериатрический синдром» не имеет однозначной трактовки ни в отечественной, ни в зарубежной научной медицинской и социальной литературе. Термин «гериатрический синдром» – новообразование от терминов «гериатрия» и «синдром», которые стали употребляться в семантическом единстве применительно к биопсихосоциальным проблемам пожилого человека. Справедливости ради необходимо сказать, что в английском языке термин «синдром» («бегущий вместе») появился в медицине в 1541 г. благодаря доктору *Галеену* и означал совпадение аномальных симптомов, причины которых не установлены¹. В этой связи «гериатрия» термин более поздний.

Как считают исследователи, термин «гериатрия» был предложен в 1909 г. руководителем клиники и амбулаторного отделения больницы Маунт-Синай в Нью-Йорке доктором *Игнацем Лео Нашером*². Он предложил рассматривать здоровье пожилого человека, исходя из его возрастных и симптоматических особенностей, подобно тому, как врачи вели свою практику в педиатрии в отношении детей. Помимо данного термина *Игнац Лео Нашер* вводит понятие «больной престарелый человек», опубликовав статью «Больные престарелые люди» в нью-йоркском медицинском журнале в том же году.

К середине XX века начинают выделять специфические синдромы, которые присущи только пожилым людям. Британский врач *Бернард Исаак* специфические синдромы престарелых больных назвал «гериатрическими гигантами», среди них: ограничение мобильности, трудности сохранения равновесия, недержание мочи и кала, когнитивные нарушения³.

Сегодня не существует однозначного понимания геронтологического и основных синдромов: в мировой практике описано около 85 основных синдромов.

¹ Dorland's Illustrated Medical Dictionary. Imprint: Saunders 32nd Edition, 2011. 2176 p.

² Nascher I.L. Geriatrics // N.Y. Med. J. 1909. Vol. 90. Pp. 368-369.

³ Facing the Giants of Geriatrics. URL: http://www.healthyageingcongress.com/slides/19/S5_PSRinivas.pdf (Дата обращения: 07.05.2020).

Несмотря на разные определения и подходы, безусловным является, что это «многофакторное состояние здоровья престарелого человека, возникшее при накоплении последствий нарушений в системах организма, что делает его уязвимым к ситуационным изменениям в окружающей среде и текущей жизнедеятельности».

Критерии гериатрических синдромов:

- возрастное расстройство,
- функциональное снижение,
- вовлеченность нескольких систем,
- многофакторная этиология,
- неблагоприятный исход,
- неизлечимость.

Исходя из данных критериев, основными гериатрическими синдромами являются:

- падения,
- недержание мочи,
- пролежни,
- бред,
- функциональное снижение.

Национальные школы и гериатрические профессиональные ассоциации выделяют различное количество и направлений гериатрических синдромов. *Мы остановимся на старческой астении, саркопении, мальнутриции, падении, недержании мочи, снижении мобильности и функциональной активности.* Такие синдромы, как депрессия, когнитивные нарушения, сенсорные дефициты будут рассмотрены отдельно применительно к практике клинической геронтологической социальной работы.

Старческая астения

Старческая астения, в соответствии с международным классификатором болезней (МКБ-10), – ассоциированный с возрастом синдром. Он имеет сложную этиологию, в зарубежной и отечественной литературе к данному синдрому применяются различные подходы, основные сфокусированы на двух базовых концептах: астено-фенотипическая модель, модель накопления дефицитов.

В основе первой модели лежат концепты *Л. Фриеда*. В фенотипической модели существует предположение, что старческая астения – это присущая возрасту стадия развития, которая характеризуется рядом возрастных факторов:

- потеря веса,
- динамическое снижение силы кисти руки,

- повышенная утомляемость,
- снижение скорости передвижения в окружающей среде,
- низкий уровень физической активности¹.

Главным фактором, который определяет данное состояние пожилого человека, является потеря массы и силы мышц, при этом наличие старческой астении определяет не менее 3-х и более факторов, которые и дают основание диагностировать данный синдром.

В основе модели накопления дефицитов канадца *Н. Роквуда* представления о наличии у пожилого человека определенного количества заболеваний, симптомов и гериатрических синдромов, которые он объединил термином «дефициты»². На основе комплексных исследований, чем больше оцененных дефицитов у пожилого человека, чем ближе индекс приближается к единице, тем больше выражен синдром старческой астении.

Как считают российские исследователи *А.Н. Ильницкий* и *К.И. Прощаев*, развитие старческой астении связано с биопсихосоциальными факторами жизнедеятельности человека: возраст, пол, уровень образования, социально-экономические условия жизни³. По мнению авторов, в практике чаще встречается старческая астения на фоне заболеваний, при этом, чем старше возраст пожилого человека, тем выше ее генетическое проявление. В 65-70 лет она встречается в 5-15% случаев (генетически обусловлена в 3-6%); в 70-80 лет – в 8-17% случаев (генетически обусловлена в 5-12% случаев); старше 85 лет – в 26% случаев (генетически обусловлена в 50-56% случаев).

У женщин старческая астения встречается чаще, как и у людей с низким уровнем образования. Если сравнивать влияние соотношения социально-экономических факторов и развитие старческой астении, то в Европе один из низких показателей находится в Бельгии – 40% пожилого населения, а самый высокий в Германии – 66,4% населения. Как отмечают данные авторы, в России 84% пожилого и старческого населения имеют данный синдром, причем ему больше подвержены люди в сельской местности. Необходимо отметить, что

¹ Fried L.P., Ferrucci L., Darer J., Williamson J.D., Anderson G. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care // *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004. Vol. 59(3). Pp. 255–63.

² Mitnitski A., Fallah N., Rockwood M.R., Rockwood K. Transitions in cognitive status in relation to frailty in older adults: a comparison of three frailty measures // *J Nutr Health Aging*. 2011. Vol. 15 (10). P. 863.

³ Прощаев К.И., Коновалов С.С. Избранные лекции по гериатрии. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. 778 с.

старческая астения ограничивает жизнедеятельность пожилого человека, формирует зависимости, приводит к утрате самообслуживания.

Саркопения

Саркопения, согласно МКБ-10, – это истощение и атрофия мышц. Данное понятие было предложено в 1989 г. американским профессором *Ирвином Розенбергом* применительно к резкому снижению массы тела и мышечной массы у пожилых людей¹. В переводе с греческого «саркс» – плоть и «пения» – потеря. Дегенеративные изменения мышечной массы – саркопения наблюдается у 14% мужского населения и 13% женского в возрастной категории 65-75 лет, и у 56% мужчин и 53% у женщин в возрастной категории 80 лет и старше. Процессы, связанные с саркопенией, увеличивают риск бытовых травм из-за утраты тонуса мускулатуры и ухудшения двигательной координации, что приводит к непостоянству вестибулярного аппарата, к падениям, ушибам, растяжениям, переломам (что усугубляется остеопорозом). Как результат, возникают сложности в самообслуживании, ухудшается качество жизни, повышается смертность.

6.2. Деменция как процесс изменения личности и жизненного сценария пожилого человека

Деменция, или слабоумие, в соответствии с МКБ-10, определяется как «органическое поражение головного мозга, приводящее к утрате всех ранее приобретенных навыков, знаний, умений и невозможности приобретения новых».

Нейродинамические изменения когнитивных процессов при деменции на ранних стадиях заболевания

Деменцию как процесс нарушения социального функционирования человека связывают с поражениями участков головного мозга, которые осложняют его жизнедеятельность либо делают ее невозможной без посторонней помощи. Существенные изменения социального функционирования определяют нейродегенеративные заболевания у пожилого человека по мере их прогрессирования. Можно выделить четыре клинических профиля таких патологических изменений:

- проблемы нарушения памяти,
- афазическую деменцию,
- компартментальную деменцию,
- прогрессирующую зрительно-пространственную дисфункцию.

¹ Rosenberg I.H. Summary comments // Am J Clin Nutr. 1989. Iss. 50. P. 1231.

Первый клинический профиль характеризуется тем, что у лиц старше 65 лет возникает ранняя симптоматика, связанная с функционированием памяти. На данной стадии потеря памяти на уровне нейродинамических изменений вызывается патологическими процессами в области медиальной височной доли, отвечающей за процессы кратковременной памяти. Со временем данная область расширяется, охватывает другие участки головного мозга, что приводит к функциональным нарушениям.

Второй клинический профиль – прогрессирующая афазия, характеризуется трудностями, которые возникают в процессе общения, использования речи, письма. Клиенты имеют трудности с подбором необходимых слов, выражающих их мысли, тем не менее они могут относительно независимо функционировать, запоминать события и отдельные факты. Невропатология поражает левое полушарие мозга, что приводит к ослаблению способностей речевой коммуникации, со временем данная патология прогрессирует.

Третий клинический профиль включает изменения поведения и личности. Происходят патологические нарушения в лобных и передних височных областях мозга, которые поддерживают данные функции у здорового человека.

Четвертый клинический профиль характеризуется изменениями в зрительном восприятии и распознавании, несмотря на сохранность зрения. Данные изменения происходят в затылочной, затылочно-височной и затылочно-теменной областях мозга. Такие изменения возможны у лиц моложе 65-летнего возраста.

Деменция и заболевания

Негативные состояния здоровья могут способствовать развитию деменции, хотя ряд исследователей считают, что эти факторы недостаточно доказаны. Специалисты выделяют факторы, способствующие распространению деменции:

- инфекции,
- черепно-мозговые травмы,
- эндокринные заболевания,
- цереброваскулярные заболевания,
- опухоли головного мозга,
- злоупотребления психоактивными веществами.

Деменция и психосоциальные проблемы

Деменция может приводить к перепадам настроения, при этом отмечается недоверие к окружающим людям, немотивированное упрямство. Для клиентов характерны депрессия и тревога на фоне изменения самооценки, эмоционального состояния. С развитием заболевания более высокие показатели депрессии характерны для родственников больного, что создает негативный фон для жизне-

деятельности клиентов. Среди психологических выделяют факторы, связанные со стрессом, который негативно влияет на функционирование сердечно-сосудистой системы, может являться причиной высокого кровяного давления у пожилого человека.

Деменция и сексуальность

Пожилой человек, страдающий деменцией, не обязательно теряет сексуальные желания и сексуальную активность. По наблюдениям американских и европейских специалистов, пожилые люди, страдающие различными формами деменции, становятся сексуально расторможенными и на фоне когнитивных дефицитов могут проявлять повышенную сексуальность, что осложняет их повседневную социальную жизнь. По мнению американского исследователя Л. Гуэя, неадекватное сексуальное поведение наблюдается у 7–25% заболевших¹. Оно проявляется в том, что клиенты осуществляют нежелательные прикосновения к окружающим, публично мастурбируют, раздеваются, практикуют публичные высказывания на тему секса.

По наблюдениям зарубежных специалистов за проживающими в домах престарелых, для мужчин характерны агрессивные сексуальные действия, для женщин более характерна вербализация, чем действия. Данные поведенческие стереотипы свойственны для многих клиентов с деменцией, но, по мнению Ди Наполи, Аллен и других, наиболее неадекватное сексуальное поведение характерно для больных болезнью Альцгеймера и клиентов с сосудистой деменцией.

Деменция и социальные риски

Как отмечают зарубежные исследования, люди с низким социальным и профессиональным статусом имеют более высокие риски деменции. Как правило, это связывают с образом жизни этих групп, поскольку они не практикуют здорового образа жизни, у них не сформированы потребности в физкультуре и спорте. Высокие риски связаны с нерегулярным питанием, употреблением продуктов с высоким количеством жиров, холестерина, низким уровнем витаминов, что вызывает проблемы кровообращения.

6.3. Этиопатогенетические разновидности деменции.

Сосудистая деменция

Сосудистая деменция – это когнитивное расстройство, вызванное закупоркой вен кровеносных сосудов мозга из-за церебрального инфаркта или кровоиз-

¹ Guay D.R. Inappropriate sexual behaviors in cognitively impaired older individuals // Am J Geriatr Pharmacother. 2008. Vol. 6 (5). Pp. 269–88.

лияния. Согласно американской статистике, на долю этой деменции приходится от 10 до 15% процентов всех случаев. В Российской Федерации данное заболевание в ряду деменций занимает второе место после болезни Альцгеймера, и им подвержено от 8 до 18% больных.

Сосудистая деменция связана с цереброваскулярным заболеванием, которое вызывает закупорку кровотока (ишемию) в глубоких отделах мозга (белое вещество), вызывая один или несколько инсультов. Именно это повреждение приводит к когнитивным нарушениям. В отличие от обширных инсультов, которые затрагивают моторные и сенсорные области мозга и приводят к видимым признакам паралича или слепоты на одной стороне поля зрения, этот тип сосудистых повреждений влияет на познание и поведение. Начало заболевания сопровождается резкими скачками, период стабильного состояния больного сменяется снижением его функциональности. Функциональные изменения связаны с нарушением памяти, одним или несколькими когнитивными нарушениями (афазия, апраксия, агнозия), нарушениями в последовательности действий. Данные изменения могут сопровождаться наличием специфических проявлений, таких как подавленное настроение, депрессия, бред.

Настоящий тип деменции, как считают специалисты, чаще встречается у мужчин, он развивается на фоне гипертонии и сердечно-сосудистых заболеваний. Начальная стадия заболевания характеризуется усталостью, трудностями в поддержании умственной деятельности, решении сложных задач. Однако сегодня еще существуют большие проблемы в определении современных объективных маркеров данного заболевания.

Депрессивное состояние характерно для пожилых людей с данным заболеванием, это связано с органическими причинами, так как очаги поражения находятся в левом лобном полюсе головного мозга. Как правило, пожилые люди с сосудистой деменцией имеют и другие проблемы со здоровьем, что является результатом сердечно-сосудистых заболеваний. Среди других рисков сосудистой деменции специалисты выделяют не только гипертонию, но табакокурение, диабет, нарушение сердечного ритма, высокий уровень холестерина, дисбаланс антиоксидантной активности.

Высокий уровень риска возникновения сосудистой деменции в девятикратном увеличении отмечается специалистами после клинического инсульта в течение первого года, а затем существуют двукратные риски каждый год после этого. К возможным психологическим и социальным рискам, приводящим к развитию сосудистой деменции, специалисты относят:

- образ жизни человека,
- стресс, оказывающий негативное влияние на функционирование сердечно-сосудистой системы,
- высокое кровяное давление,
- низкий образовательный и социальный статус человека,
- гиподинамию, недостаточную физическую активность,
- несоблюдение диеты.

Болезнь Альцгеймера

Болезнь Альцгеймера, как считают специалисты, представляет около 50-60% всех случаев больных с деменцией. По мнению специалистов Альцгеймеровской ассоциации США, если в начале XXI века болезнь развивалась у дементных больных каждые 77 секунд, то к середине столетия она будет развиваться каждые 33 секунды¹. В соответствии с их расчетами, в середине века больных с заболеванием Альцгеймера в мире будет насчитываться 115,4 млн. человек.

Отечественными исследователями *Ю. Белоусовым, С. Зыряновым* представлена прогнозная динамика болезни Альцгеймера в Российской Федерации². С точки зрения исследователей, она демонстрирует увеличение случаев заболевания, особенно среди женщин (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Динамика болезни Альцгеймера в РФ в 2010–2020 гг.

Показатели	2010 год	2015 год	2020 год
Общее количество (тыс.)	1248,65	1214,33	1354,36
Мужчин	247,2	218,94	234,13
Женщин	1001,45	995,39	1120,23
Процентное соотношение м/ж	20/80%	18/82%	17/83%

Нейродинамические изменения при болезни Альцгеймера

Нейродинамические изменения у клиентов с болезнью Альцгеймера проходят семь основных этапов. На каждом этапе возникают индивидуальные социальные, психологические риски жизнедеятельности больных, которые требуют вмешательства профессионалов и родственников. По мнению исследователей Б. Ризберга, А. Джаведа, каждый этап связан друг с другом и характеризуется прогрессирующим функциональным ухудшением состояния клиента³.

¹ COVID-19: What You Need to Know and How to Get Help. URL: <https://www.alz.org/> (Дата доступа: 16.02.2020).

² Белоусов Ю.Б., Зырянов С.К., Белоусов Д.Ю., Бекетов А.С. Клинико-экономические аспекты терапии болезни Альцгеймера в России // Качественная клиническая практика. 2009. № 1. С. 3–28.

³ Reisberg B., Shao Y., Golomb J., Monteiro I., Torossian C., Boksay I., Shulman M. Compre-

На первом этапе не существует явных показателей функционального ухудшения состояния пожилого человека. Когнитивные процессы находятся в норме, функциональные возможности пожилого человека в различных ситуациях, в профессиональной деятельности, социальном взаимодействии соответствуют нормативным показателям.

Вторая стадия связана с субъективным функциональным снижением жизнедеятельности пожилого человека, но объективные показатели отсутствуют. Наиболее распространенными функциональными жалобами являются: забывание имен, места нахождения объектов и предметов. Однако существенных изменений не замечают ни родные, ни профессионалы. Как считают специалисты, жалобы на когнитивные нарушения в этот период могут возникать и в ситуации депрессии.

Третий этап характеризуется умеренным когнитивным снижением. Появляются функциональные ограничения возможностей пожилого человека, он сталкивается с определенными трудностями в решении профессиональных задач, перемещениях в новых пространствах. Может появиться легкая и умеренная тревога как реакция на осознание фиксируемых нарушений. В отдельных случаях тревога может быть обусловлена микроинсультами или неврологическими расстройствами различной этиологии. Клиенты еще могут удовлетворительно выполнять повседневные задачи: осуществлять покупки, управлять финансами, оплачивать счета за коммунальные услуги, управлять автомобилем и т.д.

Четвертый этап – намечается снижение социального функционирования. Пожилой человек сталкивается с трудностями в выполнении профессиональных и семейных обязанностей, утрачивается способность самостоятельно перемещаться в пространстве, например, ездить на работу. Однако клиенты еще могут самостоятельно выбирать одежду, одеваться, осуществлять гигиенические процедуры, функционировать в обществе.

Нейродинамические изменения на этой стадии могут включать снижение интереса к личной и социальной деятельности, сопровождаются эмоциональной отстраненностью, которая сглаживает данные аффекты. Фактором является отрицание болезни и функционального снижения, которое выступает в качестве защитного механизма от разрушительных последствий осознания слабоумия. Возможны легкие депрессивные симптомы, но они еще пока не требуют специального лечения.

Пятый этап характеризуется формирующимся дефицитом в выполнении основных задач повседневной жизни. К наиболее существенным специалисты относят:

- невозможность самостоятельно управлять финансами, текущими делами, автомобилем;
- клиенты не могут вспомнить основные события текущей жизни, не помнят своего домашнего адреса, телефона, времени года;
- клиенты могут забывать имена окружающих, степень родства, но еще могут отличать знакомых и незнакомых людей в своем окружении;
- клиент имеет затруднения в выборе одежды в соответствии с сезоном, погодой, может постоянно ходить в одной и той же одежде длительное время;
- возможно развитие специфических страхов и тревог по поводу купания;
- достаточно большой дефицит концентрации внимания, клиенты не могут осуществить обратный отсчет от 10 до единицы;
- происходит ухудшение речи;
- для клиентов характерно агрессивное поведение и насилие по отношению к окружающим.

Однако клиенты могут при минимальном руководстве самостоятельно одеваться, выполнять необходимые гигиенические процедуры. Необходимо, чтобы клиент постоянно тренировал угасающие навыки.

Шестая стадия характеризуется существенным снижением функциональных возможностей клиента. Данный этап, по наблюдениям специалистов, продолжается около двух с половиной лет. Эта стадия характеризуется рядом подэтапов, каждый из которых проявляется более интенсивным снижением функциональных возможностей пожилого человека.

Первая группа проблем связана со сложностями выбора одежды, ее одеванием (наизнанку, назад, несколько слоев), клиент может иметь трудности с застегиванием одежды, завязыванием шнурков. Вторым подэтапом становятся проблемы с купанием, возникают трудности в регулировании температуры воды для душа и ванны, в умывании, возникает страх перед купанием. Третья группа проблем возникает с использованием туалетом, первоначально пациент забывает смывать за собой унитаз, пользоваться туалетной бумагой, соблюдать гигиенические нормы. Четвертая стадия развития проблем связана с недержанием мочи. Пятая стадия связана с недержанием кала, клиенты могут часто ходить в туалет даже и в том случае, если они не имеют потребности в дефекации. На данной стадии затруднено передвижение пожилого человека, замедленная ходьба сочетается с трудностями ориентации в пространстве, клиенту сложно садиться на

стул. Помимо данных проблем возникают языковые: часто встречается заикание, употребление бессмысленных слов, которые вплетаются в речь пожилого человека. Появляются специфические страхи – остаться одному, быть брошенным окружающими, на этом фоне появляется тревожность и проявление агрессии.

Седьмая стадия. Происходит окончательная потеря речи и движения, снижение словарного запаса, речевых способностей, речь становится все более неразборчивой, может сопровождаться криками. В конце концов, остается только одно слово: обычно «да», «нет». Важно понимать, что, хотя пациент больше не может говорить, способность к мышлению остается. Движение клиентов подвержено регрессу, они все больше наклоняются вперед или вбок во время ходьбы, постепенно не могут без посторонней помощи самостоятельно передвигаться, а затем и сидеть. Клиенты теряют способность улыбаться, самостоятельно держать голову. Хотя, как считают специалисты, клиенты еще могут двигать глазами, но возможно не различают знакомых людей и объектов. Данная стадия продолжается 3-4 года, после чего клиенты умирают, однако некоторые пожилые люди на этой стадии живут 7 лет и дольше.

Основная поведенческая и психологическая патологическая симптоматика при болезни Альцгеймера

Когнитивные изменения при болезни Альцгеймера приводят к различным депрессивным синдромам, которые имеют реактивный характер. Они могут быть связаны с паттернами инсайта и отрицания у клиентов. Для депрессивного состояния характерна плаксивость, клиент не может найти причину своего состояния, для него характерны ответы типа: «Я не знаю, что со мной происходит», «Я забыл причину». Плаксивость может быть симптомом более сложных проблем.

Тревоги могут возникать беспричинно. Достаточно хорошо описан *синдром Годо* – тревога по поводу предстоящих событий. Этот синдром связан с нарушением памяти, а также неспособности клиента продуктивно мыслить. Для него характерно многократное расспрашивание, уточнение предстоящих событий. Частота запроса клиента, его настойчивость доводит родственников или опекунов до состояния агрессии в отношении пожилого человека. Другие тревоги клиентов могут быть относительно своего здоровья, финансов, места жительства. Одной из фобий является «страх остаться одному», он может возникать даже в том случае, если кто-либо из родственников выходит в другое помещение.

На фоне депрессий и тревог может проявляться агрессия со стороны больного человека. Проявления словесной агрессии могут быть направлены на родных

и близких даже в отсутствие причин, их обуславливающих. Словесная агрессия может сопровождаться физической, клиент может неожиданно ударить окружающих. Когнитивные изменения при болезни Альцгеймера приводят к появлению параноидальных и бредовых идей, возникают определенные зрительные и слуховые галлюцинации.

Иллюзия «Люди крадут вещи»

Для пожилых людей с болезнью Альцгеймера характерно забывание и нахождение вещей, предметов домашнего обихода, поэтому они могут считать, что кто-то крадет их вещи. На этом фоне развиваются бредовые идеи, связанные с тем, что их кто-то слушает, они могут разговаривать с «незванными гостями».

Иллюзия «Неверность супруга»

Со снижением когнитивных функций возникают убеждения, что супруг/супруга неверен/а. Эта иллюзия сопровождается скандалами, агрессией, оскорблениями. Параноидальные идеи осложняют жизнедеятельность окружающих, провоцируют напряженность в межличностном взаимодействии. Данный феномен распространяется не только на членов семьи, но и на людей, которые осуществляют уход. Специфические бредовые идеи, характерные для клиентов с болезнью Альцгеймера, проявляются в том, что они не соответствуют реальности. Например, клиенты могут отмечать присутствие другого человека в доме («фантомный другой»), что он еще продолжает профессиональную деятельность, что члены семьи находятся в прежних статусах (дочь ребенок, сын еще школьник, отец, мать еще живы).

Зрительные и слуховые галлюцинации

Зрительные галлюцинации не имеют четких классификаций и определений, можно говорить о тенденциях. Например, больные видят умерших родственников дома, «незванных гостей», все эти видения сопровождаются повышенной тревожностью. Пациенты с болезнью Альцгеймера при наличии или отсутствии зрительных галлюцинаций могут слышать умерших родственников, других людей, с которыми они вступают в разговор.

Снижение когнитивных способностей не позволяет направлять свою энергию в социально продуктивную деятельность. При сохранной двигательной активности энергия направляется на различные патологические психомоторные виды деятельности. Среди основных можно выделить: блуждание, когнитивную абулию, неуместные действия.

Блуждание, ночное блуждание – человек с болезнью Альцгеймера не может адекватно ориентироваться в пространстве, однако он имеет тягу к перемещению, таким образом компенсируя свои тревоги и страхи.

Когнитивная абулия, или бесцельная деятельность – больной человек выполняет повторяющие бесцельные виды деятельности: открывает кошелек, распаковывает одежду, закрывает и открывает ящики, может задавать непрерывно одни и те же вопросы. Один из наиболее тяжелых форм данного синдрома – измельчение предметов.

Неуместные действия возникают главным образом в результате снижения когнитивных способностей, повышенной тревожности и подозрительности, а также физической энергии. Характерным является сокрытие предметов (выбрасывание одежды, помещение тарелок в духовку). Попытки противодействия приводят к агрессии больных.

6.4. Институционализация подходов к депрессии в социально-гуманитарном познании

Понятие «*депрессия*» в научном познании социальной работы появилось из психиатрии и психоанализа в связи с развитием практики работы с клиентами, имеющими когнитивные расстройства. Появление этого термина исследователи связывают с оформлением клинической социальной работы и социальной работой в здравоохранении.

Термин «*депрессия*» имеет различные значения, и это зависит от тех дисциплин, которые оперируют им, например, в нейрофизиологии это понятие означает снижение активность мозга, что вызывает «кортикальную депрессию». В психологии – снижение социальной производительности; в психиатрии – негативные эмоции, подавленное настроение, которое при длительном сохранении может принять патологические формы; в психоанализе депрессия – это ответ на утрату, реальную или воображаемую, в основе которой аутоагрессия и ощущение собственной несостоятельности. Впервые данные процессы описаны как «меланхолия», а в середине XIX века эквивалентами понятия *депрессия* выступали такие понятия, как «*нары*» и «*истерические припадки*». Впервые данные подходы были сформулированы в работе английского врача *Джона Перселла* в начале XVIII века¹. В середине века данные диагнозы стали «модными» в среде профессионалов, «падение настроения» становится распространенным диагнозом в определении различных болезней.

Хотя термин «меланхолия» был достаточно распространен, с 1850 г. термин «депрессия» имеет все же более широкое распространение в медицинской ли-

¹ Tuppen S. Purcell in the 18th century: music for the 'Quality, Gentry, and others' // Early Music. 2015. Vol. 43. Iss. 2. Pp. 233-245.

тературе, особенно в контексте настроения или эмоциональных расстройств при различных заболеваниях. В психиатрии одним из первых термин «депрессия» и «экзальтация» вводит немецкий психиатр *Иоганн Хайнрот* при описании расстройств настроения у пациентов¹. Французский психиатр *Этьен Эскироль* в 20-х годах XIX века отделил критерии слабоумия от форм депрессии, которые он назвал «липеманией», и считал, что депрессия – аффективная, или эмоциональная форма меланхолии, и эта форма не относится к проявлениям «безумия»².

В течение XIX века происходит уточнение и описание данного диагноза различными школами психиатрии. В 1880 г. немецкий клиницист *Кристиан Роллер* выделяет тревогу как часть депрессивного состояния пациента, что дало импульс для дальнейших научных дискуссий по проблемам депрессии.³ В конце века в описании и понимании депрессии появляются работы, определяющие генезис данного заболевания.

В работе «Инволюционная меланхолия» в 1896 г. немецкий психиатр *Эмил Крепелин* в своей классификации заболеваний определяет приобретенные формы меланхолии людьми среднего и пожилого возраста в результате «инволюции», в течение жизненного цикла, и другие «формы мании», врожденные по своей природе. *Э. Крепелин* сформулировал основные подходы к депрессии, известные как триада *Э. Крепелина*, в основе ее механизмы изменения настроения пациента и его патологические состояния (табл. 2)⁴.

Т а б л и ц а 2

Симптомы депрессии по Э. Крепелину

Патологическое состояние	Симптомы
Болезненно сниженное настроение	• ангедония (утрата способности переживать положительные эмоции) • витализация аффекта, физические ощущения («камень на душе»)
Идеомоторная за- торможенность	• замедление мышления • слова путаются в голове, трудно подобрать фразы • «пустая голова» • «вялые и тягучие мысли» • односложная речь

¹ О истине / Сочинение И.Х.А. Гейнрота, проф. психологии Лейпциг. ун-та и врача душев. болезней; Пер. с нем. А. Накропин. – СПб.: Изданием кн. А.Б. Голицына, 1835. 176 с.

² Schrijvers D., Hulstijn W., Sabbe B. Psychomotor Symptoms in Depression: A Diagnostic, Pathophysiological and Therapeutic Tool // Journal of Affective Disorders. 2008. Vol. 109 (1-2). Pp. 1–20.

³ Shorter E. A Historical Dictionary of Psychiatry. New York: Oxford University Press, 2005. 338 p.

⁴ Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. – М.: Главлит, 1923. 458 с.

Патологическое состояние	Симптомы
Моторная заторможенность	• неуклюжесть • сутулость • понурость • шаркающая походка • депрессивный ступор (крайняя степень моторной заторможенности)

Концепт «инволюционной меланхолии» Э. Крепелина был скорректирован в психиатрии только в 70-х годах XX века в связи с наблюдением специфических депрессивных реакций пожилых людей на лекарственные препараты. С начала XX века учеными изучались процессы депрессии в контексте расстройства настроения человека. В центре внимания были нейровегетативные симптомы в клинической психиатрической практике.

Направлением, изучавшим феномены депрессивного состояния человека, становятся и исследования в области психоанализа, психофизиологии, поведенческой и клинической психологии. В 1920 г. выходит статья немецкого психиатра Курта Шнайдера, которая оказала большое влияние на развитие подходов к изучению депрессии в контексте расстройства настроения в психиатрии. Он выделяет *эндогенные депрессии*, *витальные депрессии* и *реактивные депрессии*. К первой группе депрессии относились связанные с нарушениями ощущения тела, например, увеличение массы тела, менструация. Ко второй те, которые вызывали печаль на уровне «эмоциональных чувств». Исследователь не отрицал, что внешние события могут быть источником депрессии, тем не менее разница между двумя типами депрессий заключалась в разных эмоциональных уровнях¹. Исследования К. Шнайдера дали импульс для оформления новых подходов в теории и практике психиатрии на многие десятилетия.

Другим фактором, послужившим формированию взглядов на депрессивные состояния в XX веке, стали подходы психоаналитиков, которые определили развитие психологических концепций депрессии. В работе «Траур и меланхолия» (1917) З. Фрейд обосновывает, что меланхолия подобна трауру: оплакивая умершего, человек испытывает набор амбивалентных чувств². З. Фрейд, описывая состояние утраты близкого человека, фиксировал два противоположных чувства,

¹ Шнайдер К. Клиническая психопатология. 14-е неизменное издание с комментариями Герда Хубера и Гизеллы Гросс. Издательство «Сфера», 1999. 316 с.

² Фрейд З. Печаль и меланхолия. Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.

которые одновременно возникали как реакция на потерю. Человек ощущал и любовь, но в то же время и агрессию на ушедшего за то, что он умер или что-то сделал при жизни. На этом фоне появляются специфические иррациональные страхи, что наше негативное отношение к умершему каким-то образом способствовало его смерти. Однако сдерживая свой внутренний гнев, человек становился еще более подавленным. 3. *Фрейд* выдвинул гипотезу, что депрессия имеет те же психологические основания, что и утрата близкого человека. Депрессия тоже включает в себя амбивалентные чувства по отношению к другим, которые подавляются гневом, обращенным внутрь и направленным на себя. На многие десятилетия при определении депрессии этот подход был доминирующим. В таблице 3 основные симптомы депрессивного состояния по 3. *Фрейду*.

Т а б л и ц а 3

Основные депрессивные состояния по 3. Фрейду

Патологическое состояние	Симптомы
Нравственное недовольство собой	самообвинение ожидание наказания унижение себя
Психосоматические изменения	физический упадок сил, слабость, снижение самочувствия снижение аппетита, отказ от еды бессонница утрата интересов ко всему пропадает способность любить заторможенность в деятельности, утрата способности работать обеднение, опустошение «я» страдание

Следующим этапом в развитии психологических концептов депрессии стали подходы на основе исследований французского ученого *Анри Лабори*, которые дали импульс развитию бихевиористских принципов к данной проблеме. В 70-е годы исследователь среди множественных экспериментов над крысами выявил механизмы обращенной агрессии, приводящей к саморазрушению. В книге «Похвала бегству» на основе проведенных экспериментов он описал три основные реакции человека при столкновении с препятствиями на своем пути:

- борьба – здоровая реакция организма, ответ на внешний удар,
- пассивность, подавление реакции ответа, сублимация этих действий в виде различных психосоматических реакций,
- бегство, уход от ситуаций (среди возможных вариантов – употребление психоактивных веществ)¹.

¹ Лабори А. Регуляция обменных процессов. – М.: Медицина, 1970. 384 с.

На основании данных исследований была сформирована концепция «выученной беспомощности», которая нашла отражение во многих исследованиях как в психиатрии, так и при объяснении феноменов инвалидизации. При выученной беспомощности высшие животные и люди использовали реакции пассивности, подавления, сублимации. Животные, которые были закрыты в клетке, после того, когда у них уже был сформирован механизм выхода из нее, демонстрировали два типа поведения: либо умирали от обширного инфаркта, либо оставались беспомощными, даже когда клетку открывали. У животных на основе новых подкреплений был сформирован новый стереотип поведения – «выученная беспомощность». Эта модель поведения была перенесена на депрессивные состояния, в том числе и у пожилых людей.

Как объясняют сторонники данного подхода, во взрослом возрасте депрессия развивается на основе ранних детских переживаний, например, когда ребенок бессилен перед жестокостью взрослых. Этот процесс имеет длительный генезис развития, приводит к определенным физиологическим изменениям и затем в процессе инволюции человека становится постоянным, проявляясь в пожилом возрасте.

Поведенческая модель депрессии Питера Левинсона тоже базируется на подходах концептов «выученной беспомощности», однако он включает в свой подход не только факторы окружающей среды, но и индивидуальные установки человека. В основе подхода – осмысление связи депрессивного состояния клиента и его повседневной жизнедеятельности. Исследователь считал, что нарушение как негативное событие приводит к уменьшению позитивных событий и увеличению негативных, что провоцирует развитие депрессии.

Позитивные подкрепления носят межличностный характер, но у пожилого человека депрессия возникает после изменений целеполагания в жизни и ценностных ролей и видов деятельности, что приводит к дефициту положительных подкреплений, которые были сформированы на предшествующих этапах жизнедеятельности. Это снижает уровень положительного подкрепления, формирует авersive переживания, приводящие к дисфории, мрачной раздражительности, чувству неприязни к окружающим, что провоцирует развитие депрессивных состояний.

При впадении в депрессию пожилые люди сокращают свое участие в различных видах деятельности, которые раньше придавали смыслы и обеспечивали удовольствие от жизни. Как считает *П. Левинсон*, человек попадает в порочный круг: снижение настроения усиливает апатию и снижает мотивацию, что приво-

дит к изоляции, это, в свою очередь, ограничивает связь с окружающей средой, далее – изоляция, которая усиливает апатию, снижает мотивацию активной жизни¹.

Отрицательное подкрепление пожилой человек с депрессией получает и от своих близких, поскольку они обеспокоены его депрессивным состоянием. Родственники, члены семьи, опекуны уделяют ему много внимания, что приводит к еще большему снижению настроения и уровня активности, развитию других симптомов депрессии, тем самым формируют механизмы «выученной беспомощности».

На основании концепции «выученной беспомощности» сформировалась когнитивная модель депрессии *А. Бека*. Согласно исследователю, в период инволюции происходит когнитивное искажение реальности с установками: «Я беспомощен», «Жизнь безнадежна». *А. Бек* считал, что искажение формируется на основе трех факторов: негативной самооценки, негативных представлений о картине мира, негативного ожидания будущего². Такие установки и формируют негативное восприятие реальности, что и приводит к депрессии.

Практически несколько десятилетий в психиатрической и психологической науке шли дискуссии о природе, сущности депрессии практически во всех клинических школах мира. Это дало толчок к тому, что постановка диагноза «депрессия» с середины XX века увеличилась во много раз. Другими факторами, как считают исследователи, стали маркетинговые диагнозы фармацевтических компаний, выпускающих антидепрессанты, и психоанализ, который популяризировал «невротическую депрессию» как повседневный диагноз. С конца двадцатого века депрессия составила более половины всех психиатрических диагнозов в клинической практике, что нашло отражение в системе классификаций болезней МКБ-10.

В таблице 4 показаны симптомы депрессии на основе Международной классификации болезней³.

¹ Lewinsohn P.M., Libet J. Pleasant events, activity schedules and depression // Journal of Abnormal Psychology. 1972. Vol. 79. Pp. 291–295.

² Beck A.T. Thinking and depression: idiosyncratic content and cognitive distortions // Arch. Gen. Psychiatry. 1963. Vol. 9. P. 324.

³ Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). URL: <https://mkb-10.com/> (Дата обращения: 21.01.2020).

Симптомы депрессии по МКБ-10

Уровни симптоматики	Содержание
Основные симптомы	подавленное настроение, которое не зависит от обстоятельств ангедония утрата интересов, утрата стремления к удовольствию упадок сил, высокая утомляемость
Дополнительные симптомы	пессимизм чувство вины, бесполезности, тревоги и (или) страха заниженная самооценка неспособность концентрироваться и принимать решения мысли о смерти и (или) самоубийстве нестабильный аппетит, отмеченное снижение или прибавление в весе гликогевзия (появление сладкого привкуса во рту, может быть следствием различных заболеваний) нарушенный сон, бессонница или пересыпание

В современной клинической практике к данным симптомам специалисты добавляют наличие нейровегетативных синдромов:

- уменьшение сна, сон сопровождается кошмарными сновидениями, возможны противоположные реакции – человеку постоянно хочется спать и находиться в постели в отсутствие всякой деятельности,
- потеря интереса к жизнедеятельности, отсутствие мотивации,
- затруднена концентрация внимания, отсутствие связанного мышления, отказ от прочтения книг, просмотра телепередач,
- наличие постоянной усталости, отсутствие энергии,
- утрачено удовольствие от приема пищи,
- нахождение в постоянной тревоге, невозможность расслабиться, нахождение в мрачном настроении,
- происходит переосмысление жизни, в контексте самообвинения возникают суицидальные мысли.

6.5. Общие характеристики депрессивных состояний у пожилых людей

Согласно исследованиям ВОЗ, 50% мирового населения страдает нервно-психическими расстройствами, наиболее распространенными являются депрессия и тревожные расстройства, которые к 2020 г. займут второе место по показателям инвалидности и смертности населения планеты. Депрессивные расстройства в европейских странах и США достигают 10%, а у лиц с соматической патологией встречаются в 2–3 раза чаще.

Российские исследования в данной области отечественных ученых – С.А. Шальновой, С.Н. Евстифеевой, А.Д. Деевым показали, что у пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений клиническое и субклиническое состояние тревоги регистрировалось от 20 до 80% случаев, депрессии – от 20 до 60%, и в 50-80% случаев эти состояния не были выявлены «соматическими» врачами¹. Как считают ученые, это связано с низкой квалификацией врачей.

Заболевания и смертность от депрессии характерны для лиц с низким уровнем образования и благосостояния, депрессией чаще страдают женщины. Данное объяснение нашло отражение в различных психологических подходах (табл. 5).

Т а б л и ц а 5

**Основные психологические теории депрессии
на основе гендерных различий**

Теория	Содержание	Автор	Критика
Теория артефактов	Мужчины и женщины одинаково подвержены депрессии. Женщины более эмоционально демонстрируют свои симптомы в отличие от мужчин.	Mirowsky & Ross, 1995 ²	Не подтверждено массовыми исследованиями
Гормональная теория	Депрессию у женщин вызывают гормональные изменения, происходящие в течение всей жизни.	Pajer, Parry, 1995 ³	Не учитываются факторы социализации
Теория качества жизни	Женщины чаще, чем мужчины, подвержены стрессу, так как подвергаются дискриминации на работе, в общественной жизни и семье.	Wu & DeMaris, 1996 ⁴	Не подтверждено массовыми исследованиями
Теория отсутствия контроля	Женщины более расположены к депрессии, так как в меньшей степени контролируют свою жизнь.	Le Unes, Nation & Turley, 1980 ⁵	Не подтверждено массовыми исследованиями

¹ Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования эссе. URL: <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-4-4-14> (Дата обращения: 21.01.2020).

² Mirowsky J., Ross C.E. Sex Differences in Distress: Real or Artifact? // American Sociological Review. 1995. Vol. 60. No. 3. Pp. 449–468.

³ The Neurobiology of Peer Victimization // Merrill-Palmer Quarterly. 2018. Vol. 64. No. 1. Pp. 101–134.

⁴ Wu X., DeMaris A. Gender and marital status differences in depression: The effects of chronic strains. Sex Roles // A Journal of Research. 1996. Vol. 34 (5–6). Pp. 299–319.

⁵ LeUnes A.D., Nation J.R., Turley N.M. Male–female performance in learned helplessness // The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied. 1980. Vol. 104 (2). Pp. 255–258.

Теория	Содержание	Автор	Критика
Теория «самообвинений»	Женщины чаще объясняют свои неудачи отсутствием способностей, а свои успехи объясняют везением.	Wolfe & Russianoff, 1997 ¹	Не подтверждено массовыми исследованиями

По мнению специалистов, человек с депрессией имеет определенные характеристики, которые свойственны практически для всех мультикультурных групп, к ним относят: функциональные нарушения, слабое здоровье, отсутствие социальной поддержки, особенности гендерных характеристик. По данным ВОЗ, депрессивное состояние развивается чаще в зрелом возрасте, у *пожилых людей* депрессия регистрировалась чаще, чем у молодых.

Поздняя депрессия относится к депрессивным синдромам, определенным в Диагностическом и статистическом руководстве американской психиатрической ассоциации (DSM-V)² и в Международной классификации болезней (ICD-10)³, которые возникают у взрослых старше 65 лет. В пожилом возрасте депрессивные синдромы более характерны для людей, имеющих хронические заболевания, инвалидность, когнитивные нарушения. Депрессия у пожилых людей встречается в тех группах, где имеется более высокий уровень функциональной инвалидности, более низкий уровень самооценки здоровья, а также они имеют негативное отношение к фактору старения и недостаточно религиозны.

Депрессивными факторами, осложняющими жизнедеятельность пожилого человека, являются вдовство, потеря друзей, родных и близких, так как разрушают сложившиеся традиционные социальные сети поддержки и эмоциональные положительные связи. Данные события объективны и связаны с процессами геронтогенеза человека. Не менее травматичными являются факторы изменения окружающей среды пожилого человека, например, связанные с переездом пожилых людей в социальные/медицинские учреждения. При переезде часто нарушаются социальные связи, социальная поддержка соседей, сообщества в целом, что создает негативный фон жизнедеятельности. Переезд в социальное учреждение может формировать определенные страхи, способствующие разви-

¹ Wolfe J.L., Russianoff P. Overcoming Self-Negation in Women // Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy. 1995. Vol. 15. Pp. 81–92.

² DSM 5 на русском языке. Диагностические критерии СДВГ по классификации DSM-IV. URL: <https://srcaltufevo.ru/dsm-5-na-russkom-yazyke-diagnosticheskie-kriterii-sdv-po-klassifikacii-dsm-iv.html> (Дата обращения: 21.01.2020).

³ Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). URL: <https://mkb-10.com/> (Дата обращения: 21.01.2020).

тию депрессивных синдромов, среди них – невозможность удовлетворения текущих потребностей, отсутствие надлежащего ухода, насилие.

Депрессивные состояния у пожилых людей провоцирует суицидальную активность в этой возрастной группе. Обнаруживаются связи между депрессией и деменцией в пожилом возрасте, особенно у людей с когнитивными нарушениями. У пожилых с деменционным синдромом депрессия наблюдается в 4,6 раз чаще, чем у пациентов без деменции.

6.6. Социально-психологические факторы, мультиморбидные состояния и психотические проявления как триггеры депрессии у пожилых людей

Причины депрессивного состояния у пожилого человека имеют сложную структуру диагностики. В практике геронтологической социальной работы профессионалы основывают помогающие технологии на диагнозах, поставленных специалистами – психиатрами и психотерапевтами. Однако клиническая помощь пожилым людям со стороны социальных работников должна осуществляться на научно обоснованных подходах, включающих в себя знание базовых синдромов и реакций клиентов при депрессивных состояниях. В практике геронтологической социальной работы профессионалы сталкиваются с последствиями *социально-психологических факторов, мультиморбидных состояний и психотических проявлений*, которые должны учитываться при оказании помощи пожилым людям в депрессивном состоянии.

Социально-психологические факторы депрессивных состояний

К социально-психологическим факторам, вызывающим депрессивные состояния у пожилых людей, можно отнести:

- средовые: изменение социального статуса, жизнедеятельности и места проживания,
- изменение системы сложившихся социальных сетей,
- изменение Я-концепции, формирование новых ролей и системы коммуникаций в новой ситуации жизнедеятельности.

Средовые факторы

Средовые факторы, выступающие в качестве триггеров депрессии, были обоснованы *Х. Томе и У. Лером*, которые определили изменения в активности и приспособляемости к жизни у людей пожилого возраста.

Первый предиктор – выход на пенсию пожилого человека.

Второй предиктор – смерть одного из супруга.

Третий предиктор – переселение недееспособных пожилых людей в дом престарелых¹.

Выход на пенсию, «шок отставки» по-разному воспринимается различными группами пожилых людей. Исследователи выделяют две группы пожилых людей: первая группа – активные, которые могут приспособиться к новым условиям жизнедеятельности, и вторая группа – не могут адаптироваться к новым социальным реалиям. Это приводит к различным проблемам, в том числе и депрессивным состояниям: у пожилых людей из второй группы в постпенсионный период развивается пассивное отношение к жизни, снижается круг социальных интересов, с потерей личностной идентичности они не могут построить новую систему ценностей.

Депрессивный инволюционный процесс определяет и общественная среда, которая подавляет способности противостоять негативным стереотипам в отношении «стариков», сложившимся в обществе. Внешнее давление среды формирует негативные установки на новый этап жизнедеятельности пожилого человека по таким параметрам, как сниженный экономический статус, новые роли, ограниченная система коммуникаций, сужение жизненных перспектив. Средовые изменения могут быть источником стрессовых событий, приводящих к формированию определенных синдромов, вызывающих личностные изменения пожилых людей.

Зарубежными исследователями *А. Кларком*, *Г. Меникаром*, *Дж. Греем* был описан *синдром Диогена*². Он характерен для тех людей, которые были ориентированы на профессиональную деятельность и имели «высокий социальный статус и успех». Однако постепенно удаляясь от профессиональных дел, с изменением жизнедеятельности они начинают терять «ценность жизни». Это может привести к тому, что пожилые люди перестают заботиться о своей внешности и жилище, превращают его в склад ненужных вещей, не уделяют должного внимания питанию, что может вызвать физическое истощение, а в отдельных случаях смерть.

Смерть одного из супруга является не менее значимым фактором для формирования депрессивных состояний. С одной стороны, смерть супруга меняет ритм повседневной жизни и сложившиеся за многие годы стереотипы поведения. С потерей супруги мужчины труднее адаптируются к ведению домашнего

¹ Bock R. Psychoanalysis and social theory // Social work and the legacy of Freud: Psychoanalysis and its uses / Ed. G. Pearson. L., 1988.

² Clark A.N, Mankikar G.D, Gray I. Diogenes Syndrome. A Clinical Study of Gross Neglect in Old Age // Lancet. 1975. Vol. 305. Iss. 7903. Pp. 366–388.

хозяйства, приготовлению пищи, новым ролям, что может способствовать депрессивным состояниям. С другой стороны, с точки зрения российского психолога В.Э. Чудновского, в «укороченной биологической перспективе» пожилого человека, смерть супруга – это потеря одного из ряда «смыслов жизни», что также влияет на формирование депрессивных состояний¹.

Переселение в дом престарелых для многих пожилых людей является трудной жизненной ситуацией. Как считает Л.И. Анцыферова – российский психолог, одной из проблем для «переселенцев» является невозможность самостоятельно контролировать события и строить индивидуальные планы жизнедеятельности, которые сложились в течение десятилетий². Нарушение ритма жизнедеятельности может спровоцировать депрессивное состояние.

Исследователь приводит пример: проживающие в стационарном социальном учреждении были разбиты на две группы, одним разрешили самостоятельно планировать свою жизнедеятельность, распределять время по индивидуальному усмотрению, менять обстановку, приглашать знакомых. Пожилым людям из второй группы предложили, что персонал учреждения выполнит любое желание и поручение проживающих. В результате оказалось, что в первой группе участники эксперимента стали более активными на 48%, а во второй группе 71% ее членов стали более слабыми и пассивными.

Принудительное переселение пожилых людей с инвалидностью, особенно тех, которые требуют ухода, оказывает негативное воздействие как на заболевание, так и на смертность. Депрессивное состояние, скорее всего, развивается во время длительного ухода. После помещения пожилых людей в дома престарелых почти у четверти сохранились симптомы депрессии. При этом было отмечено, что лица, которые ухаживали за престарелыми больными, в два раза чаще имели симптомы депрессии, чем неухаживающие.

В исследованиях отечественного ученого А.П. Сиденковой было отмечено, что у лиц, осуществляющих непрофессиональный уход за больными с деменцией, помимо снижения социально-трудового и семейного статуса у 74,5% ухаживающих были выявлены «клинические признаки невротических, аффективных и иных психических расстройств»³.

¹ Чудновский В.Э. Смысл жизни: проблема относительной эмансипированности от «внешнего» и «внутреннего» // Психологический журнал. 1995. Т. 16. № 2. С. 175–183.

² Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. Издание 2-е, исправленное и дополненное. – М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2006. 512 с.

³ Сиденкова А.П. Уместность применения дименсионального подхода к изучению тяжелых когнитивных расстройств позднего возраста // Уральский медицинский журнал. 2018. № 12 (167). С. 5–11.

Изменение системы сложившихся социальных сетей

К различным средовым факторам, приводящим пожилых людей к депрессии, можно отнести факторы изменения ролей в сложившихся социальных сетях. Пожилые люди со временем теряют рычаги власти не только профессиональных обязанностей, но и когда в силу объективных обстоятельств они уже не могут быть главой семьи. Потеря властных полномочий, как считает британский исследователь Э. Смит, может вызывать негативные реакции на управление хозяйством, воспитание внуков, выстраивание отношений между супругами. Принятие новой роли не всегда проходит позитивно. В зависимости от установок и возможности жить отдельно от детей другие факторы могут влиять на формирование негативных установок на новые реалии повседневности. Эгоцентризм может проявляться в том числе и в системе отношений с окружающими людьми, существенно осложняя процессы коммуникаций на новом уровне.

Психологическая Я-концепция пожилого человека в контексте депрессии

Депрессивные расстройства могут формироваться в повседневной жизни, когда пожилые люди перестают получать удовольствие и негативные чувства начинают преобладать над позитивными. Отсутствие удовольствий определяет значимый сдвиг в Я-концепции пожилого человека в направлении депрессивных состояний. Одним из подходов в формировании депрессивной Я-концепции предлагается рассмотренная выше обобщенная концепция «выученной беспомощности».

Отталкиваясь от экологической модели У. Бронфенбреннера о влиянии на поведение людей микро-, мезо- и макросистем, исследователи осмыслиют в этом контексте формирование не только смыслообразования, но и депрессивного поведения пожилого человека. На формирование депрессивного поведения, как нового паттерна поведения пожилого человека, может влиять:

- микросистема (окружение родных и близких, соседи),
- мезосистема (СМИ, система социальных служб, здравоохранения, образования),
- макросистема (этнические, культурные, религиозные, социально-экономические ценности, социально-экономические и социально-политические условия), каждая в отдельности или, при определенных условиях, совместно влияющие на стереотипы поведения, нормы и ценности человека, переходящего в стадию инволюции, а не развития¹.

¹ Bronfenbrenner U. The Ecology of Cognitive Development: Research Models and Fugitive Findings // Development in Context: Acting and Thinking in Specific Environments / R.H. Wozniak, K.W. Fischer (Ed.). – Hillsdale, 1993. Pp. 3–44.

Данные внешние давления могут сформировать новые поведенческие паттерны реагирования на ситуации повседневности, вызывать негативные, деструктивные установки и фрустрации. Формирование данных ощущений у пожилого человека влияет на деформацию его целеполагания в повседневной жизни, изменяет структуру смыслов, которые в конечном итоге воздействуют на текущую активную деятельность. Особенно эта ситуация болезненна для тех пожилых людей, которые долгое время были в центре событий, «принятия решений», от действий которых зависели «судьбы окружающих».

Чувство утраты своей значимости и необходимости возникает и в том случае, когда пожилые люди не могут адекватно реагировать на требования и изменения в повседневной жизни, в этой связи они становятся более чувствительными к себе и окружающим, их действиям, поступкам, реакциям. Пожилые люди начинают сосредоточиваться на своих негативных реакциях, что создает отрицательный фон для действий и поступков, которые контрпродуктивны. Стремления и установки быть «как все», быть «нормальным» могут усиливать симптомы фрустрации и беспокойства, приводить к серьезным последствиям. Именно чрезмерная интернализация негативных мыслей и чувств может усилить симптомы депрессии и беспокойства, сформировать депрессивные установки. Отношения смирения и поражения, которые могут развиваться, делают депрессию хроническим повседневным опытом, где пораженческое настроение может стать столь же опасным, как и причины депрессии – неврологические, эмоциональные или поведенческие. Таким образом, психосоциальные факторы могут обуславливать различные типы депрессий от *реактивных* (в основе которых драматические переживания, связанные с реакциями на события в окружающей среде, модель «личность в ситуации», известная в практике социальной работы) до *эндогенных*, обусловленных психологическим установками и реакциями.

Депрессивные состояния в контексте хронических заболеваний у пожилых людей

Генезис депрессивных состояний у пожилых людей может быть связан не только с факторами давления окружающей среды, формированием новых паттернов поведения, ценностных установок и ролевых сценариев, но как показывают многочисленные исследования, депрессии пожилых людей могут быть связаны с хроническими заболеваниями.

Как считают отечественные врачи О.М. Драпкина, И.В. Самородская, В.Н. Ларина, М.М. Лукьянов: «Увеличение продолжительности жизни на фоне улучшения условий жизни и совершенствования медицинских сопряжено с ростом числа людей с хроническими заболеваниями (далее – ХЗ). Даже при отказе от вредных привычек и формировании здорового образа жизни в результате

успешной реализации программ профилактики остается высокой вероятность сохранения в популяции определенной доли лиц с множественными факторами риска развития ХЗ, пациентов с одним или несколькими ХЗ как на начальных стадиях, так и после успешного выведения из критических, жизнеугрожающих состояний». При этом «лечение пациентов с мультиморбидностью предполагает сразу несколько специализированных направлений диагностики и лечения, неотложной помощи и профилей госпитализации. Это создает *источник стресса, влияющий* на качество жизни пациентов...»¹. Коморбидные тревожные симптомы осложняют социальное функционирование пожилых людей, могут приводить к развитию суицидальных настроений.

Физические заболевания являются одним из основных факторов риска развития депрессии у пожилых людей. При этом депрессия, связанная с медицинскими и физическими проблемами, может быть вызвана двумя факторами:

- психологической реакцией на диагноз, инвалидность и боль,
- наличием болезни, ее лечение².

Психологическая или физическая адаптация к хроническому заболеванию может быть триггером для начала депрессии. Вместе с тем исследования показали и обратную связь: пациенты с депрессией имели почти в четыре раза больше шансов умереть в течение 4 месяцев после инфаркта миокарда, чем люди без депрессии. В этой связи достаточно хорошо описаны депрессивные симптомы при различных патологических состояниях у пожилых людей:

- инсульт,
- ишемическая болезнь сердца,
- эндокринные нарушения (включая диабет, заболевания щитовидной железы и надпочечниковую недостаточность),
- сахарный диабет II типа,
- болезнь Паркинсона.

В качестве примера можно остановиться на постинсультной депрессии. *Постинсультная депрессия* достаточно распространена среди пожилых людей. Согласно исследованиям Global Burden Diseases (GBD), ежегодно в мире регистрируется 10,3 миллиона инсультов, из них 6,5 миллионов заканчиваются летальным исходом. В 11,9% случаев (II место) причиной смерти становится

¹ Драпкина О.М., Самородская И.В., Ларина В.Н., Лукьянов М.М. Вопросы организации помощи пациентам с мультиморбидной патологией: аналитический обзор международных и российских рекомендаций // Профилактическая медицина. 2019. № 2. С. 107–114.

² Lichtenberg P.A. Psychotherapy in Geriatric Long Term Care // J Clin Psychol. 1999. Vol. 55 (8). Pp. 1005–1014.

острое нарушение мозгового кровообращения¹. В ряде европейских стран, например, в Дании, наблюдается зависимость заболеваемости инсультом от возраста и пола пациентов. Как считают ученые *Т. Олсен, З. Андерсен*, наиболее часто первичный инсульт диагностируется у мужчин 45–59 лет и женщин 80 лет и старше.

Российский исследователь, директор Научного центра по изучению инсульта Минздрава России *Н. Верещагин* считает, что 2/3 всех инсультов диагностируются у пациентов старше 60 лет, постинсультная депрессия поражает свыше 50% пациентов, перенесших данное заболевание. По механизму развития этот тип депрессии специалисты относят к «реактивной депрессии», в основе которой разрушение повседневного паттерна поведения с соматическими осложнениями. Наиболее выраженными характеристиками являются:

- эмоциональные факторы: тоска, пессимизм, тревога, страхи,
- поведенческие факторы: инертность, демотивированность, отсутствие активности,
- когнитивные факторы: снижение уровня мышления, внимания, памяти, фиксация на образе «жертва обстоятельств»,
- соматические факторы: нарушение биоритмов, астения, нарушение сна².

Состояние депрессивных симптомов могут вызывать *лекарства*, которые назначают большинству пожилых людей, особенно со множественными заболеваниями. По мнению специалистов, к ним относят такие группы лекарств, как:

- депрессанты, опиоиды, назначаемые при хронических болевых синдромах,
- антипсихотики, назначаемые при возбуждении,
- бета-блокаторы, особенно жирорастворимые средства,
- противосудорожные препараты,
- анальгетики.

*Медицинские условия и лекарства, связанные
с основным депрессивным расстройством пожилых людей*

- Рак поджелудочной железы, молочной железы, легких, толстой кишки и яичников; лимфома и необнаруженные церебральные метастазы.
- Ишемическая болезнь сердца, гипертония, инфаркт миокарда, коронарное шунтирование, застойная сердечная недостаточность.

¹ About the Global Burden of Disease (GBD) project. URL: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/about/en/ (Дата обращения: 16.07.2020).

² Верещагин Н.В., Пирадов М.А. Инсульт: оценка проблемы // Неврологический журнал. 1999. № 5. С. 4–7.

- Метаболические нарушения: сахарный диабет, гипотиреоз или гипертиреоз, гиперкортицизм.

- Гиперпаратиреоз, болезнь Аддисона, аутоиммунный тиреоидит.

- Неврологические нарушения: нарушения мозгового кровообращения, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз, болезнь Бинсвангера.

- Другие состояния: хроническая обструктивная болезнь легких, ревматоидный артрит, глухота, хроническая боль, сексуальная дисфункция, почечный диализ, хронический запор.

- Лекарства:

- анестетики, анальгетики (используемые для облегчения боли),

- антихолинергические средства,

- противосудорожные средства (например, карбамазепин),

- антигипертензивные средства (используемые для снижения высокого кровяного давления),

- препараты: противоязвенные, сердечные (например, дигиталис, блокаторы кальциевых каналов),

- психотропные препараты (антидепрессанты, бензодиазепины), миорелаксанты, стероиды, сульфаниламиды.

Нарушение сна, бессонница

Среди пожилых людей нарушение сна является признанным фактором депрессии, этиология которого может иметь различные основания. Не последнюю роль играют не только психологические факторы, но и хронические заболевания, к ним относят: остеоартроз, ночную диспепсию, ночное обострение хронических обструктивных легочных заболеваний, сердечную астму, никтuriю (вследствие неправильного назначения мочегонных препаратов, недержания мочи или воспалительных процессов), заболевания щитовидной железы или ночные головные боли.

Самоубийства среди пожилых людей

Самоубийства пожилых людей случаются в два раза чаще, чем в других возрастных группах. Американские исследования показывают, что среди тех, кто совершал суицидальную попытку, в состоянии депрессивных синдромов были 80% людей старше 74 лет.

Риск суицида у пожилых людей повышают следующие факторы:

- злоупотребление психоактивными веществами,

- тревожные расстройства,

- заболевания, инвалидность,

- суицидальные мысли в течение длительного времени.

Психотические депрессивные проявления при слабоумии

Согласно американским исследованиям в области психического здоровья, глубокая депрессия наблюдается у 17% пациентов с болезнью Альцгеймера. Специалисты отмечают, что депрессивное состояние только усугубляет течение болезни. Проявление депрессии у пожилых людей возможно при когнитивных нарушениях. При диагностике необходимо учитывать, что депрессия может быть фактором риска развития деменции. В этой связи существуют инструменты скрининга и оценки, которые позволяют исключать делирий, развитие деменции от депрессивного состояния пожилого человека. В таблице 6 приведены основные характеристики пожилого человека при различных психотических состояниях.

Т а б л и ц а 6

Основные характеристики пожилого человека при психотических состояниях

Характеристика	Делирий	Деменция	Депрессия
Начало	Обычно внезапное, часто в позднее время суток	Хронические изменения	Часто резкое и совпадающее с жизненными изменениями
Продолжительность	От нескольких часов до одного месяца, редко дольше	От месяцев до лет	От нескольких месяцев до лет
Прогрессия	Резкая	Колеблющаяся, развивается медленно	Переменная и неравномерная
Мышление	Неструктурированное, медленное, бессвязное	Сложность мышления, неадекватные суждения; проблемы с подбором слов	Нетронутое, с темами беспомощности, как правило, отрицательное
Нарушение	Памяти, внезапное (может быть заметна немедленная потеря памяти)	Когнитивные изменения	Выборочные, фрагментарные
Сон	Ночная спутанность сознания, часто нарушается	Ночные блуждания	Раннее утреннее пробуждение
Осознание	Снижается	Отчетливое	Отчетливое
Живость ума	Настороженность, колеблется	Заторможность или сверхбдительность	В пределах нормы

Депрессивные состояния при нарушении психического здоровья имеют различные проявления. Клинические депрессивные состояния при болезни Альцгеймера могут иметь различные симптомы. При этом могут наблюдаться несколько депрессивных симптомов:

- подавленное настроение,

- плаксивость,
- снижение позитивного аффекта от социальных контактов и обычной деятельности,
- социальная изоляция,
- нарушения сна, аппетита.

При этом наблюдаются психомоторные изменения – возбуждение или заторможенность, усталость и потеря энергии, чувство никчемности и безнадежности, повторяющие мысли о смерти, суицидальные мысли и попытки. Депрессия наблюдается, как правило, на протяжении всей болезни. При этом на ранних стадиях клиенты остро осознают происходящие изменения, депрессия сопровождается фрустрацией и возбуждением, происходит потеря функций. На поздних стадиях болезни отмечается абстиненция, психомоторная задержка, мутизм (от лат. *mutus* – немой, безгласный), с минимальной аффективной реакцией на воздействия окружающей среды.

ТЕХНОЛОГИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

ГЛАВА 7

ОБЩАЯ МОДЕЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

7.1. Общие принципы и подходы к интегративной геронтологической модели социальной работы

Общие процессуальные подходы к моделированию помощи клиенту

Интегративная модель геронтологической социальной работы строится на тех же основаниях, что и другие модели социальной работы:

- социальная;
- социально-педагогическая;
- социально-психологическая;
- кросскультурная модель.

В основе данной модели лежит пошаговый подход к решению проблем клиента, который сложился эволюционным путем в практике социальной работы. Эта последовательность действий сегодня представляет следующую логику, независимо от уровня реализации помощи клиенту.

Интервенции на микро-, мезо-, макроуровне имеют следующую типологию циклов работы с клиентом, независимо от моделей и концептов интервенций:

- ОПРА — оценка, планирование, реализация, анализ;
- ОПРК — оценка, планирование, реализация, контроль;
- ОПРКА — оценка, планирование, реализация, контроль и анализ.

Оценка ситуации клиента, планирование и интервенции – это та логика интеракций, которая сформирована помогающей практикой, и основные фазы можно представить в следующей последовательности в целостном помогающем процессе социальной работы:

- ориентация в проблеме клиента на основе его рассказа;
- оценка, анализ ситуации;

- планирование, предоставление проекта интервенций социальным работником клиенту, принятие проекта, заключение контракта;
- реализация, осуществление интервенций на основе рабочего проекта действий;
- контроль, суммарная оценка, подведение результатов работы;
- анализ, завершение действий.

Ориентация в проблеме клиента на основе его рассказа. Первичный контакт. На данной стадии происходит ориентация в проблеме клиента, которая может быть представлена им самим либо заявителями проблемы, теми людьми, которые берут на себя ответственность за презентацию ситуации. Так, например, заявитель может сообщить об имеющихся фактах семейного насилия, ситуаций детского пренебрежения. Анализ ситуации осуществляется с учетом социального контекста, институциональных и организационных факторов, что позволяет оценить общие и специфические особенности ситуации. Социальный работник должен сориентироваться, насколько представленная проблема относится к компетенциям работников социальных служб.

Оценка. Рабочая оценка социального диагноза складывается из различных факторов. На основании взаимодействия с клиентом из элементов его рассказа осуществляется синтезирование и интерпретация сложившейся ситуации. Социальный работник, исходя из аффективных, материальных, социальных, физических, интеллектуальных элементов ситуации, описывает внешние и внутренние силы, способные привести к изменению ситуации. На основании данных факторов формулируется проект интервенций.

Планирование. Предоставление проекта интервенций. Предоставление проекта имеет трехчастную структуру, которая разворачивается в следующей логике:

- обоснование наличия объективных факторов, определяющих специфику представленного случая, центрирование на индивидуальных аспектах проблемы, обоснование необходимого времени для решения проблемы;
- обоснование необходимых интервенций применительно к проблемам данного клиента, будь он индивид, группа, микросоциальная среда, социальные институты; стратегия интервенций должна быть направлена на их дальнейшее развитие;
- обоснование типов и форм интервенций, периодичность их применения в конкретных случаях.

Реализация. Осуществление интервенций. Осуществление интервенций происходит на основе утвержденного плана и контракта, заключенного с соци-

альным агентством. В зависимости от характера случая интервенции могут иметь либо директивную, либо недирективную направленность действий.

Анализ. Завершение действий. На основании утвержденного плана действий и контракта, после его выполнения, происходит оценка ситуации клиента, определение в ней положительной динамики или достижения конкретных результатов.

Интервенции со стороны социального работника в отношении индивида, группы, семьи, организации имеют ограничения по времени. Завершение действий в отношении решения проблем ситуации клиента имеет объективный характер, к тому же одной из главных целей работы является недопущение перехода проблемы в хронические формы, таким образом, логика оперативных интервенций основывается на кратковременных формах работы, имеющих не только начало, но и завершающую фазу действий.

Логика представленного процесса развивается не на основе линейных действий, а по спирали. Это подразумевает, что процесс интервенций имеет определенную логику развития: расширяется, углубляется, появляется качественное наполнение его, через систему взаимодействий между социальным работником и клиентом происходит динамическое изменение ситуации, приводящее к разрешению проблемы.

Данный цикл последовательных действий определен спецификой помогающей практики, которая сложилась в результате ее институционализации в XX веке. Данный процесс закреплён в нормативных документах профессиональной деятельности, на базе данного процесса формируются профессиональные компетенции социального работника, необходимые и достаточные для решения проблем клиента.

7.2. Особенность построения интегративной геронтологической модели социальной работы

Модель социальной работы с пожилыми клиентами была предложена *В. Шварцем* и *С. Зальбой*¹ в середине 70-х годов и модернизирована в конце XX века *Л. Шульманом*².

¹ Schwartz W., Zalba S. The Practice of Group Work. New York: Columbia University Press, 1971. P. 284.

² Shulman L. The Skills of Helping Individuals, Families, Groups and Communities (4th ed.). Itasca, IL: F.E. Peacock Publishers, 1999. Pp. 19–38.

В основе принципы и технологии работы с пожилыми людьми, которые сложились на базе системных методов работы в социальных учреждениях, с учетом функциональных возможностей и ограничений данных категорий клиентов.

Интегративная модель социальной работы с пожилыми людьми имеет следующие фазы работы:

- Общее оценивание клиента (фаза настройки).
- Начальная фаза. Фаза специальной биопсихосоциальной оценки.
- Фаза заключения контракта.
- Фаза реализации интервенций.
- Фаза анализа действий.

Фаза настройки. Осмысляются общие факторы клиента, его принадлежности к социальным, этническим группам, определяется его экономический статус. Анализируются его возрастные, гендерные характеристики, религиозные и культурные ценности, уровень образования.

Начальная фаза работы с клиентом. Данный уровень работы определяется интегративным подходом, который включает в себя биопсихосоциальную оценку клиента. Оценивается социальная, семейная ситуация клиента, особенности его здоровья и возможности самостоятельного функционирования в социальной среде как члена социальной группы.

На данном этапе работы с клиентами социальные работники руководствуются принципами:

- целостности клиента и ситуации,
- клиентских систем.

Принцип целостности клиента и ситуации определяет действия социального работника, при которых диагностика ситуации клиента дается в контексте процессов, реализуемых в рамках помогающего учреждения, возможностей изменения, на основе специфики случая, но в рамках тех групповых тенденций, которые сложились в практике.

Принцип клиентских систем направлен на действия социальных работников, в их основе определение стратегий помощи клиенту с учетом возможностей, потенциала и ресурсов тех служб, которые могут оказать медицинскую, духовную, реабилитационную и другие виды помощи, в контексте реализуемого случая.

Фаза контракта. Определяется структура взаимодействия социального работника и клиента, прописываются виды услуг, время их реализации, индикаторы и принципы закрытия случая, окончание работы с клиентом.

Социальный работник руководствуется следующими принципами профессионального взаимодействия:

- времени и процесса,
- данных и различий.

Принцип времени и процесса – социальный работник планирует процесс интервенций в рамках определенных временных границ, которые соответствуют предлагаемым технологиям помощи. Данные технологии реализуются в определенной технологической последовательности, которая фиксируется в контракте как начальная, средняя и заключительная фаза работы.

Принцип данных и различий. Направлен на реализацию специфики ролевого поведения социального работника на основе полученных данных, определяет его функциональные задачи, профессиональное взаимодействие в контексте времени и фокусе предлагаемых интервенций.

Фаза реализации интервенций. Социальный работник в зависимости от диагностируемого случая может осуществлять свою деятельность по следующим направлениям:

- первичная непосредственная помощь на базе учреждения,
- помощь вне учреждения, по месту жительства клиента,
- индивидуальная работа со случаем,
- групповая работа,
- работа в микросоциальной среде,
- администрирование,
- социальное адвокатиование,
- политика и планирование.

Данные интервенции осуществляются на основе принципов:

- специфики форм,
- функциональных структур.

Принцип специфики форм определяет модели интервенций, которые необходимы и достаточны для оказания помощи пожилому клиенту. Любая форма помощи имеет набор системных характеристик, которые определяют ее специфику, что необходимо учитывать в процессе интервенций, к ним относят: время, место, политику, учреждение, функции, специфику взаимодействия. Так, например, работа со случаем и групповая работа будут иметь свои формы взаимодействия, организацию работы, систему планирования, а также систему коммуникаций. Это касается и других форм интервенций.

Принцип функциональных структур. В основе ориентация на специфические геронтологические знания, биологические, психологические, социальные концепты, которые определяют специфику диагностики, техник, методов интервен-

ций индивидуальной, групповой работы, работы в микросоциальной среде при оказании помощи данным клиентам.

Фаза анализа действий. Данный этап направлен на решение двух задач. Первая группа задач – определить достигнутые цели в соответствии с контрактом. Вторая группа задач – определить возможные аспекты будущей работы с клиентом, условия необходимые и достаточные для возможных встреч, по решению жизненных проблем. Данная фаза работы реализуется в контексте принципа *времени и процесса*. На рисунке 1 показана схема реализации интегративной геронтологической модели социальной работы.



Рис. 1. Интегративная модель геронтологической социальной работы

7.3. Особенность оценки в геронтологической социальной работе

Процесс оценки в геронтологической социальной работе имеет свои особенности. Мы описываем подход, когда ситуация клиента не осложнена функциональными и когнитивными дисфункциями, а связана с проблемами социального функционирования в социуме.

Основные принципы в подходах к оценке

Подходы к оценке к проблемам пожилого человека основываются на тех же принципах, что и в работе с другими клиентами.

Общие принципы при подходе к оценке:

Принцип первый. Понимание потребностей. Ведущий принцип, который определяет стратегии взаимодействия социального работника и клиента, кото-

рые могут быть оперативными, в ситуации кризиса, угроз, необходимости изоляции, и продолжительными, в течение нескольких сессий. Потребность должна оцениваться с объективных, научных позиций, а не с позиций имплицитных представлений клиента или отдельного социального работника. В соответствии со сложившейся практикой, выделяют:

- нормативные потребности (определенные стандартами);
- ощущаемые потребности (потребности, которые необходимо удовлетворить в ближайшей перспективе);
- выраженные потребности (те, о которых заявляют клиенты);
- неосознанные потребности (те, которые клиент не может сформулировать явно).

Принцип второй. Работа с системами и экосистемами. Клиент находится в системных отношениях с окружающим его людьми, институтами и обществом. Согласно подходам к практике социальной работы, клиент может взаимодействовать со следующими системами, которые определяют контекст его проблемы:

- микросистема: семья, школа, рабочее место;
- мезосистема: взаимодействие двух микросистем;
- экосистема: сообщество – внешняя среда;
- макросистема – социокультурный контекст.

Данный принцип отражает необходимость подхода к процессу исследования проблемы клиента, учитывая основные социальные сети, влияющие на его жизнедеятельность.

Третий принцип. Опора на сильные стороны. Диагностика должна выявлять ресурсы клиента и его ближнего окружения, позволяющие решать проблемы без привлечения или с ограниченным привлечением ресурсов социального агентства. Диагностика должна активизировать клиента, а не усугублять его зависимость от социального работника и учреждения.

Четвертый принцип. Личностно-ориентированный подход в оценке. С одной стороны, клиент и его проблема оцениваются, исходя из непосредственных интересов нуждающегося субъекта. С другой – человек в своей целостности и уникальности является предметом исследования.

Пятый принцип. Междисциплинарный подход к оценке. Социальные работники понимают, что анализ ситуации в ее уникальности и неповторимости возможно осуществить на основе междисциплинарного исследования различных специалистов. Междисциплинарные исследования определяют более точные параметры проблемы и снижают риски неправильной оценки применительно к конкретному случаю.

7.4. Социально-психологические особенности работы с пожилым человеком на стадии оценки

Организация пространства

Организация пространства взаимодействия с пожилым человеком должна соответствовать определенным требованиям, поскольку это связано с особенностями психосоматического состояния клиента.

Помещение для первичного контакта и общения должно быть окрашено в мягких тонах. Комната светлая, дневной свет должен проникать через окна. Цветы, фотографии, книги должны дополнять интерьер помещения.

Нежелательны лампы дневного освещения, поскольку они создают напряженность, необходимо их заменить на лампы накаливания или светодиодные.

Так как помощь оказывается пожилым людям более молодыми специалистами, на стенах необходимо повесить их профессиональные дипломы и сертификаты. Эта информация придает уверенность пожилым людям в оказании им квалифицированной помощи.

В приемной необходимо иметь журналы, газеты, которые читают пожилые люди, это будет одним из сигналов, располагающих к тому, что они найдут понимание со стороны профессионалов.

Стулья должны быть одинаковыми, комфортными для клиентов. Помещение должно быть удобным и просторным, если пожилой человек будет пользоваться инвалидной коляской, чтобы он не испытывал дискомфорта.

Организация коммуникаций с пожилым клиентом

Эмпатия

Процесс коммуникаций и оценки необходимо начинать с демонстрации эмпатического понимания чувств, мыслей пожилого человека, признавая индивидуальность и уникальность его лично и особенность его проблемы.

Эмпатическое видение и коммуницирование позволяют не только сформировать рабочий альянс между социальным работником и клиентом, но и начать еще на стадии диагностической беседы терапевтическую поддержку клиента.

Как считают специалисты, этика заботы, что лежит в основе эмпатической коммуникации, способствует рассказу пожилого человека своей истории, проблемы. Однако, социальному работнику необходимо понимать ограничения данного рассказа, уметь находить искажения интерпретации реальности в контексте эмоционального фона.

Презентация проблемы

Презентация проблемы может быть как самим клиентом, так и людьми, его представляющими. И в том, и другом случае проблема должна быть сформулирована дословно, уточнена и точно зафиксирована.

Социальному работнику необходимо быть готовым к тому, что формулирование проблемы займет определенное время, в ней могут быть необычные моменты. Вместе с тем запись проблемы и ее толкование должно соответствовать традиционной логике понимания. Этому способствует постановка следующих вопросов:

- Является ли проблема повторяющейся, давней или недавно установленной?
- Какова частота, длительность и интенсивность проблемы?
- Были ли какие-либо предшествующие события, которые клиент может связать с представленной проблемой?
- Каковы, если таковые имеются, были последствия, которые клиент испытал или испытывает от представленной проблемы?

На основании данных вопросов социальный работник должен определить возможности и ресурсы клиента, копинговые стратегии, модели решения проблем, исходя из опыта его жизнедеятельности.

Логика действий и время

Этап оценки проблемы имеет определенную логику действий; иметь начало, середину и конечную стадию. Особенность работы с пожилыми клиентами заключается в том, что работа с ними требует более длительного времени, но они быстрее утомляются, им достаточно трудно долгое время быть сосредоточенным. В этой связи процесс оценки может быть разбит на несколько сессий.

Социальный работник имеет ограничения работы по времени, поэтому он контролирует процесс, переключая свое внимание. Пожилые люди очень чувствительны к этому, они могут истолковать фиксирование времени социальным работником как пренебрежение к себе, потерю интереса к его проблеме.

Ведение записи во время беседы

Среди специалистов не существует однозначного мнения о ведении записей во время беседы. Одни считают, что ведение записей необходимо, чтобы точно воспроизвести впоследствии историю проблемы, другие считают, что во время записей нарушается непосредственный контакт с пожилым клиентом, упускаются из виду невербальные компоненты коммуникаций. К тому же переключение внимания может истолковано клиентом как пренебрежение по отношению к нему.

Коммуникации и слух

Потеря слуха или его ослабление в той или иной степени представляют большую проблему для пожилых клиентов, поэтому социальный работник должен следить за темпом своей речи, говорить и задавать вопросы медленно, четко и громко.

Имеющие проблемы со слухом пожилые люди испытывают трудности с восприятием высоких частот. Так как в большинстве своем социальные работники – женщины, они должны говорить возможно в более низкой и более глубокой тональности.

ГЛАВА 8

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКАЯ СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА ПРИ ДЕМЕНЦИИ

8.1. Основные технологии клинической геронтологической социальной работы с клиентами при деменции

Основными технологиями помощи людям с деменцией в клинической социальной геронтологической работе является *валидационная терапия, социальная поведенческая терапия (индивидуальная и групповая), социокультурная реабилитационная работа, консультирование*, которые являются неотъемлемой частью ухода за клиентами и в учреждениях социальной защиты, и в домашних условиях. В последнем случае терапевтические методы помощи реализуются сессионно при посещении клиентов.

Основные подходы к валидационной терапии с пожилыми людьми с деменцией

Институционализация метода

Валидационная терапия была основана американским социальным работником *Наоми Фейл*. *Н. Фейл* родилась в Германии в 1932 г. в Мюнхене, но после того как к власти пришли нацисты ее родители переехали в Кливленд, штат Огайо, США. Детство *Н. Фейл* прошло в доме для престарелых в Монтефьоре, где ее отец работал администратором, а мать была главой департамента социального обслуживания. После окончания школы *Н. Фейл* поступила в университет, а затем в Колумбийском университете получила степень магистра социальной работы и дальнейшую профессиональную жизнь посвятила работе с пожилыми людьми.

Традиционные методы работы с пожилыми людьми ее не удовлетворяли, поскольку они не позволяли оказывать поддержку пожилым людям с деменцией в полном объеме. С 1963 по 1980 гг. она разрабатывала оригинальную методику работы с пожилыми людьми с деменцией, итогом которой в 1982 г. стала книга «Валидация: метод Фейла»¹.

Общие подходы к валидационной терапии при деменции

В центре валидационной терапии лежит коммуникативная техника работы с клиентами с умеренной и поздней деменцией, в основе которой терапевтическое общение, сфокусированное на эмоциональном, а не на фактическом содержа-

¹ Feil N. V/F Validation: The Feil Method: How to Help Disoriented Old-Old, 1982. P. 91.

нии, даже в тех случаях, когда ориентация на реальность у клиента не соответствует действительности и заведомо искажена.

Центральный пункт работы с клиентом – демонстрация уважения к его чувствам, переживаниям, убеждениям. Метод направлен на снятие возбужденного, агрессивного и депрессивного поведения человека с деменцией.

В основе подходов *Н. Фейл* лежали психодинамические и гуманистические клиентоцентрированные подходы таких исследователей, как *З. Фрейд*, *К. Юнг*, *А. Маслоу*, *К. Роджерс*.

Н. Фейл считала, что клиенты с деменцией, находясь на финальном этапе жизни, уникальны в своих поведенческих проявлениях, заслуживают внимания и заботы, чтобы спокойно встретить свою смерть. В основе помощи и поддержки лежат потребности клиента, которые имеют нетипичное и иррациональное поведение, его необходимо принимать и по возможности корректировать.

Основная задача терапевта – принятие реальности клиента, уменьшение его беспокойства, формирование доверия к окружению, которое строится через эмпатические отношения и коммуникации.

«Концепция человека, переходящего через мост»

Н. Фейл исходила из того, что пожилой человека с деменцией находится в определенной динамике – ухода, перехода из одной реальности в другую, которую она представила символично в виде «перехода пожилого человека по мосту».

Философия метода заключается в том, что пожилого человека не возвращают на тот берег, который он покинул, а следуют за ним в соответствии с логикой его изменяющихся возможностей и потребностей.

Исследователь считала, что переход в другую реальность у пожилого человека условно можно разбить на четыре этапа, с клиентом профессионал может встретиться как на всем пути, так и на отдельных его этапах.

Первый этап – ранний опыт

Данный этап связан с изменениями в жизнедеятельности пожилого человека с деменцией:

- осознание потери,
- нахождение в новой системе ориентации,
- появление «страха стать сумасшедшим»,
- страх потерять контроль за ситуацией и быть независимым,
- формирование новой позиции «оборона», поддержка социальных стереотипов в соответствии с существующими возможностями,
- усилия по скрытию «потери кратковременной памяти».

Второй этап – принятие новой реальности

- диффузное изменение коры головного мозга,
- проявления дезориентации в пространстве,
- потеря чувства хронологического времени,
- заметная расторможенность,
- игнорирование социальных правил,
- невозможность компенсировать появляющиеся провалы.

Третий этап – повторяющиеся эмоции, движения

- повторение двигательных реакций, отдельных слов, звуков, фраз,
- ухудшение артикуляции («во рту каша»),
- ухудшение зрения и зрительного контакта,
- продолжительное сидение в постели,
- повторяющиеся движения.

Четвертый этап – поздний опыт (фокус на сенсорных потребностях)

Данный этап связан с «уходом» пожилого человека. Как писала исследовательница, для пожилого человека субъективно «закрыт внешний мир»:

- глаза часто закрыты,
- небольшое движение при вокализации,
- есть небольшой отзыв на стимуляцию, прикасание, голос.

Принципы валидационной терапии

Принципы валидационной терапии Н. Фейл (первоначально – 10 принципов) были расширены в последующие годы. Данные принципы выступают в качестве необходимых условий для создания терапевтического альянса с клиентом, имеющего когнитивные ограничения.

- Все люди уникальны, и должны рассматриваться как самостоятельные личности.

- Ценность человека не зависит от его дезориентации.
- Поведение в пожилом возрасте зависит не только от нейродинамических изменений, оно показатель физиологических, социальных, психологических изменений, произошедших в течение жизни.

- Пожилых людей невозможно заставить изменить свое поведение, если только он не захочет это сделать самостоятельно.

- Пожилые люди должны приниматься непредвзято.

- На каждом этапе жизни решаются определенные задачи, невыполнение их на соответствующем этапе жизни может привести к психологическим проблемам.

- Когда память пожилых людей начинает подводить, они пытаются восстановить баланс в своей жизни через воспоминания прошлого. При ухудшении зрения они используют «умственное зрение», при нарушении слуха они слышат звуки из прошлого.

- Негативные чувства, которые выражаются и признаются слушателями, уменьшаются. Негативные чувства, которые игнорируются или подавляются, набирают силу.

- Эмпатия укрепляет доверие, уменьшает беспокойство и восстанавливает достоинство.

- Подобные чувства притягиваются. Чувства, которые мы испытываем в настоящий момент, могут вернуть память о подобных чувствах из прошлого.

- Люди имеют несколько уровней сознания¹.

8.2. Основные техники валидационной терапии

Техники валидационной терапии направлены как на профессионала, субъекта изменений состояния клиента, так и на отношения, в основе которых терапевтическая направленность. Техники помощи соответствуют различным этапам изменения состояния пожилого человека при деменции.

Техника центрирования

- Сосредоточьтесь на точке в двух дюймах ниже талии.
- Глубоко вдохните через нос, наполняя тело воздухом, выдохните через рот.
- Остановите свой внутренний монолог и сосредоточьтесь свое внимание на дыхании.
- Медленно повторите эту процедуру восемь раз.

Вербальная техника укрепления доверия

Клиенты при разрешении проблемы не могут понимать свои чувства. Социальные работники не должны дезориентированных пожилых людей спрашивать, что произошло и почему они сделали это. Профессионалы должны сосредоточить отношения на фактических вопросах: кто, что, когда и как.

Техники перефразирования

Пожилые люди часто находят утешение, когда слышат собственные слова, пересказанные кем-то другим. Социальный работник должен перефразировать высказывание клиента, используя те же ключевые слова. Необходимо осуще-

¹ Validation Therapy for Dementia. URL: <https://www.aplaceformom.com/blog/2-18-16-validation-therapy-for-dementia/> (Дата обращения: 08.05.2020).

свить подстройку, имитировать тон голоса и интонацию речи, если у пожилого человека высокий темп речи, необходимо также быстро говорить.

Техники полярности

Техника полярности заключается в том, чтобы попросить клиента рассказать о худшем проявлении переживаний, при этом более полно задействованы эмоции, в чем пожилой человек находит некоторое облегчение. Например, социальный работник может попросить пожилого человека, жалующего на несъедобность пищи, вспомнить случаи еще более несъедобной пищи. Профессионал выступает в качестве субъекта, который снижает беспокойство клиента, позволяя ему освободиться от своего гнева.

Техника воображение противоположного

Направлена на воспоминание решений ситуаций, происходивших в прежней жизни. Пример: пожилая женщина жалуется, что в ее комнату каждую ночь приходит посторонний мужчина. Социальный работник побуждает клиента вспомнить о временах, когда мужчина не появлялся, и как он/она справлялись с подобной ситуацией раньше в своей жизни.

Техника воспоминания

Воспоминания прошлого могут восстановить сформировавшиеся методы преодоления трудностей, чтобы пережить потери в настоящем. Используя такие слова, как «всегда» и «никогда», социальный работник может выйти на более ранние воспоминания. Пример: клиента спрашивают: «Вам *всегда* было трудно засыпать, даже когда ваш супруг/супруга был/а жив/а?» Важно вызвать воспоминания о действиях, о которых клиент забыл. Данная техника выполняется совместно с предшествующей техникой. Техники следуют друг за другом, чтобы помочь восстановить привычные способы преодоления стресса.

Техника поддержания близкого зрительного контакта

Пожилой человек во время путаницы и навязчивых движений ощущает стресс и повышенную тревожность. Это состояние возможно оперативно снять, если социальный работник установит непосредственный зрительный контакт, который передает клиенту чувство защищенности, безопасности, возможность почувствовать себя любимым. Как показывает практика, даже у пожилых людей с ослабленным зрением тревога снижается, если социальный работник смотрит им прямо в глаза.

Техника использования многозначности

Пожилой человек, больной деменцией, может использовать слова, которые не имеют значения. Особенно в ситуациях смещенного времени, когда они не понимают, что говорят. Например, пожилой человек, утративший чувство хронологического времени, может кричать: «Эти *катавалки* причиняют мне боль!»

Социальный работник может задать вопрос: «Где они болят?» Местоимение «они» заменяет неизвестное слово, позволяет продолжить общение, снимает напряжение и конфликт предотвращается.

Техника использования низкого, любящего тона голоса

У больных деменцией резкие тона голоса окружающих вызывают гнев и отчуждение, к тому же высокие и мягкие тона трудно услышать многим пожилым людям. Необходимо говорить четко, низким заботливым тоном. Как показывает практика, такая тональность вызывает воспоминания о близких и снижает стресс.

Техника «зеркального отражения»

Пожилые люди, больные деменцией, в ситуации путаницы и навязчивых движений выражают свои эмоции без торможения. Необходимо оценить их физические характеристики и состояние. Зафиксированное физическое состояние клиентов может быть эффективным в создании доверия. Отражённое состояние человека с деменцией на вербальном и невербальном уровне позволяет войти в эмоциональный мир клиента, хотя, как показывает практика, это достаточно проблематично для профессионалов, так как данная техника требует опыта и умений социальных работников наблюдать за своими реакциями, глазами, лицевыми мышцами, дыханием, подстраиваясь под движение клиента, изменять движение рук, ног, положения в пространстве, изменять движения, походку. По этой причине она достаточно редко используется в практике работы с дементными больными.

Техника удовлетворения потребностей

Особенность пожилых людей с деменцией в том, что они нуждаются в заботе, сочувствии, в выражении собственных глубоких чувств, вовлеченности в их действия. Пример: женщина 93-х лет в доме престарелых за столом любовно разглаживает салфетку, каждую ее складку. Официантка отбирает у нее салфетку, женщина начинает кричать: «Помогите! Помогите!». Подошедший социальный работник отдает женщине салфетку. Они начинают вместе ее складывать, разглаживают каждый сгиб салфетки, при этом говоря ей: «Ты чувствуешь себя в безопасности и тепле?» Женщина улыбается и гладит салфетку, при этом говорит: «Мама, я люблю тебя». Таким-то образом салфетка стала для клиентки матерью. Символически растирание, поглаживание, складывание выражали определенным образом потребности человека в любви и выходе скрытых эмоций.

Техника использования предпочтительных смыслов

У большинства клиентов есть «предпочтительные ощущения», связанные либо со зрением, либо с обонянием, либо с осязанием. Знание этих предпочтительных ощущений – один из важных факторов укрепления доверия клиента,

возможность войти в его мир, говорить на одном языке, понять его прошлый мир.

Техника прикосновения

Эффективна для людей, дезориентированных во времени. Паническое состояние людей с деменцией, невозможность различать людей, которых они знали всю жизнь, позволяют незнакомцу войти в их мир. Прикосновение должно осуществляться фронтально, лицом к лицу, прикосновение с боку может испугать человека. Профессионалы должны понимать, что это интимный акт, поэтому при сопротивлении клиента физическому контакту его следует прекратить. Социальный работник должен всегда уважать личное пространство клиента.

Использование музыки/пения

Пение может помочь, когда уже утрачены речевые навыки. Заученные слова и мелодия позволяют установить контакт между профессионалом и клиентом, клиентом и его родственниками. Как показывает практика, после окончания пения клиенты могут вспомнить несколько речевых оборотов. Данная техника достаточно эффективна при синдроме навязчивых движений.

На основании подходов валидационной терапии в новом веке разработаны техники работы с клиентами на основе нейропсихологических профилей больных с деменцией. Один из таких подходов был предложен *Фармером и Гроссманом* (табл. 1)¹.

Т а б л и ц а 1

Общие стратегии работы с симптомами на основе нейропсихологических профилей

Нейропсихологический профиль	Первичное состояние	Симптомы ухудшения	Стратегии работы с симптомами
ВНИМАНИЕ	Способность под- держивать внимание, концентрироваться, обрабатывать опре- деленное количество информации, необ- ходимое для под- держания разгово- ра, выполнение типо- вого набора действий, достижение постав- ленных задач	Не способен сосре- доточиться в тече- ние длительного времени, теряет ход мысли, не может воспринимать весь объем информации в длительном раз- говоре, легко от- влекается, не мо- жет выполнять по- ставленные задачи	Необходимо разбивать информацию на не- большие части, давать не больше одной ин- струкции по мере вы- полнения задач. Необходимо напоми- нать клиенту, что будет далее, предоставлять письменные инструк- ции.

¹ Athas W.F., Hedayati M.A., Matanoski G.M., Farmer E.R., Grossman L. Development and Field-Test Validation of an Assay for DNA Repair in Circulating Human Lymphocytes // Cancer Res. 1991. Vol. 51(21). Pp. 5786–5793.

Нейропсихологический профиль	Первичное состояние	Симптомы ухудшения	Стратегии работы с симптомами
ПАМЯТЬ, ЗАПОМИНАНИЕ	Способность усваивать новую информацию и сохранять ее в течение времени; ориентироваться во времени, помнить даты, события, место, текущие события – общественные и личные. Способность запоминать информацию и факты из далекого прошлого.	Характерно – повторяющиеся вопросы, неспособность вести разговор. Затруднение вспомнить события или информацию из недавнего прошлого (несколько часов или дней). Неспособность распознавать знакомые места, лица, теряетcя в городском пространстве.	Необходимо повторять инструкции, при этом задаются наводящие вопросы. Клиенту необходимо предоставлять краткий список дел, соотношенных по времени в течение дня. Обучить клиента работать с этим списком. Обучить клиента пользоваться календарем и цифровыми часами, работать с необходимой информацией.
РЕЧЬ	Нормально воспроизводит речь, способен передавать сообщения, понимает, что говорят, называет знакомые объекты без «подбора» понятий, способен читать и писать осмысленно.	Делает паузы, чтобы подобрать необходимые слова, просит повторить предложение, не может называть знакомые объекты, делает речевые ошибки, не в состоянии понять, что читает и о чем пишет.	Говорите простыми предложениями. Если клиент не может подобрать слова, уясните контекст того, о чем пытаются сказать. Необходимо создать коммуникационную книжку, если клиент испытывает трудности произнесения имен членов семьи. Создайте книгу фотографий с именами и соответствующей информацией. Разработайте стратегию коммуникаций для чрезвычайных ситуаций.
ВОСПРИЯТИЕ	Способен распознавать и различать два и более объектов; дифференцировать и находить объекты среди других групп объектов; определять расстояние, пространство, рисовать простые геометрические фигуры, перемещаться в пространстве.	Клиенту трудно найти объекты, которые находятся в поле его зрения. Не ориентируется в пространстве: комнате, знакомом районе. Не может распознать свое отражение в зеркале.	Необходимо убедиться, что зрение позволяет различать предметы. Необходимо держать вещи в одном месте, расположить их по цвету, использовать метки для идентификации предметов, помещений.

Нейропсихологический профиль	Первичное состояние	Симптомы ухудшения	Стратегии работы с симптомами
СОЦИАЛЬНО ПРИЕМЛЕМОЕ ПОВЕДЕНИЕ	Реальное осознание собственных недостатков, своих способностей, умение формулировать обоснованные суждения. Имеет реальные представления о своей безопасности и безопасности других. Принимает адекватные решения о жизни, финансовых механизмах. Способен инициировать деятельность и осуществлять ее.	Не осознает реальность, совершает поступки, которые публично осуждаются. Не в состоянии оценить риски, не может оценить ситуацию и ее безопасность, не может управлять финансами, инициировать и реализовывать деятельность	Необходимо взять под контроль мотивацию клиента, поощрять его решать небольшие задачи, включать клиента в переговоры об изменении жизненной ситуации. Контролировать выбор вариантов, управлять поведением, помогать клиенту в планировании жизнедеятельности.
ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ	Способность контролировать эмоции (смех, слезы, агрессию). Эмоциональные реакции соответствуют текущим событиям. Способность понимать эмоциональное состояние других. Отсутствие таких симптомов, как галлюцинации, бред, паранойя, агрессия.	Отсутствие типичных эмоциональных реакций. Неспособность воспринимать эмоциональные реакции других людей. Неадекватные эмоциональные реакции на собственное поведение, поведение окружающих. Развитие психотического поведения паранойи, галлюцинаций, бреда.	Необходимо использовать методы разрядки «эмоционально неустойчивого поведения». Понимание того, что клиенту не хватает способности реагировать на реальную ситуацию.

Осуществляя техники валидационной терапии, социальные работники должны ориентироваться на то, что у больных деменцией могут быть сопутствующие заболевания, и наоборот, пожилые люди с мультиморбидными заболеваниями могут иметь слабоумие.

Данный фактор, по мнению американской исследовательницы К. Маслоу, должен учитываться профессионалами в процессе определения и оценки клиента. В этой связи план поддержки и ухода за клиентом должен включать ком-

плекс мер, где терапевтические валидационные технологии будут одним из компонентов ухода за дементными клиентами.

8.3. Валидационные методы терапии при синдромах болезни Альцгеймера

В новом веке техники, разработанные Н. Фейл, претерпевают модернизацию. Концепт помощи дезориентированным людям заменяется подходом сопровождения, принятия их такими, какие они есть в «существовании их мира, чувств», в контексте органических изменений мозга. Концепт сопровождения ориентируется на повседневную жизнь человека с деменцией, реагирование на его синдромы. Приведем подходы и коммуникативные техники работы с некоторыми синдромами при болезни Альцгеймера.

Технологии работы при «синдроме заката»

Данный синдром проявляется у потребителей социальных услуг с болезнью Альцгеймера в ощущении тревожности либо ранним вечером, либо в конце дня. Некоторые пациенты имеют данные симптомы в течение всего дня.

Создание терапевтической среды на основе эмпатии и доброжелательных отношений всех участников взаимодействия:

- Необходимо обеспечить большую активность потребителей услуг в начале дня, что позволит расходовать энергию, снижая стресс.
- Поощряйте дневной сон, который способствует уменьшению усталости и тревожности, регулярно оценивайте болевые синдромы.
- Полезно прослушивание классической музыки, что позволяет отключать тревожные шумы и успокаивает человека.
- Уменьшая активность, необходимо избегать отвлекающие факторы, не поощрять вечерние прогулки и встречи, вечером отключать телевизор и радио.

Технологии работы при синдроме патологического накопительства (силлогомании)

Данный синдром у пожилых проявляется в том, что они сохраняют большинство старых вещей, которые уже невозможно использовать, как правило, вещи хаотично разбросаны по всему помещению, что вызывает недовольство со стороны окружающих.

- Необходимо закрыть те шкафы или ящики, которые могут представлять угрозу жизнедеятельности пожилого человека.
- В зоне ближайшего доступа оставьте вещи, которые не представляют угрозы здоровью пожилому человеку.

- Сделайте дубликаты важнейших предметов: фотографии, ключи, очки.
- Оставьте доступные и безопасные ящики «для рытья» пожилому человеку, заполните его различными предметами: старыми ключами, безделушками, пластиковыми предметами. Поощряйте клиента «рыться в этом ящике».
- Регулярно проверяйте мусорные баки, особенно перед их освобождением.
- Помните, что пожилые люди с данным синдромом имеют любимые тайники для складывания вещей, найдите закономерности, поймите причину таких проявлений, проявляйте эмпатию к их действиям.

Технологии работы при синдроме навязчивых движений

Данный синдром – неврологическое нарушение, у пожилых людей проявляется в том, что они стремятся к совершению однотипных действий, например, перекалыванию предметов, мытью рук, включения и выключения освещения.

- Осторожно прикоснитесь к пожилому человеку.
- Взяв доброжелательно за руку, уведите его.
- Сделайте что-нибудь отвлекающее, при этом доброжелательно говорите, что-нибудь, например: «Спасибо, что сложили все эти полотенца, а теперь пойдем... (ужинать, гулять на свежем воздухе).

Технологии работы при синдроме спутанности сознания

Симптомы спутанности, или помраченного сознания, могут иметь различную этиологию развития и проявления как соматического, так и психологического расстройств.

- Войдите в мир пожилого человека через сопереживание. Задайте уточняющие вопросы на ориентацию. Произнесите имя человека и установите зрительный контакт, чтобы привлечь его внимание перед прикосновением к нему. Используйте слова, позволяющие ему убедиться, что он в безопасности, что Вы его друг.

- Дайте время, от 20 до 90 секунд, чтобы он понял, о чем Вы его спросили, и чтобы он нашел слова для ответа, лучше, чтобы вопросы не имели однозначных ответов «да/нет». Ответы на вопросы не должны вызывать отрицательных эмоций.

- Делайте ясные позитивные заявления: «Стойте спокойно», «Не двигайтесь».

- Если в задаче много шагов, разбейте их на простейшие. Например, если Вы предлагаете пожилому человеку надеть рубашку, то сначала необходимо указать на конкретное действие: «проденьте левую руку в рукав», а затем предлагайте другие шаги последовательных действий. Предлагайте ограниченное число вариантов.

- Давайте простые и точные инструкции, что необходимо сделать.
- Успокаивайте пожилого человека, если это необходимо, но не отвлекайте его от выполнения задания.
- Выделите достаточно времени для выполнения каждой задачи.
- Если пожилой человек не может выполнить задание, похвалите его за то, что было сделано, и скажите «спасибо» за помощь.

ГЛАВА 9

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКАЯ СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА ПРИ ДЕПРЕССИИ

9.1. Особенности оценки при работе с депрессивными клиентами в клинической геронтологической социальной работе

В практике геронтологической социальной работы используют скрининговые методики оценки состояния клиента, как правило, в качестве дополнения к клинической оценке специалистов других профилей.

*Практическая скрининг-диагностика признаков и симптомов
депрессии и тревоги у пожилых людей*

В практике геронтологической социальной работы с пожилыми людьми выработаны определенные методики наблюдения за признаками депрессии и тревоги, которые характерны для пожилых людей.

Признаки депрессии

Пожилый человек находится в состоянии подавленности:

- грустное, подавленное или апатичное настроение, может много плакать или жаловаться, «что чувствует себя опустошенным»,
- раздражителен, раздражительность может перерасти в неконтролируемое возбуждение,
- нарушение сна либо трудности с засыпанием, либо спит больше обычного.

Пожилый человек ощущает усталость и потерю энергии

- изменения аппетита и веса – увеличенные или уменьшенные.
- потеря интереса или удовольствия от текущей деятельности,
- прекращение ухода за собой.

Пожилый человек испытывает чувства бесполезности

- испытывает чувство вины,
- ощущает беспомощность и безнадежность,
- самобичевание.

Пожилый человек постоянно думает о смерти

- трудности с мышлением,
- трудности с концентрацией,
- сложности с фокусированием на чем-либо или запоминанием.

Пожилый человек демонстрирует замедленные или возбужденные движения или речь

- жалобы на боли, головокружение, помутнение зрения, учащенное сердцебиение, беспокойство,

- постоянно испытывает неудобство,
- постоянно жалуется,
- характерны перепады настроения,
- чрезмерное употребление алкоголя,
- проявляет признаки беспокойства.

Помимо признаков депрессии пожилые люди могут демонстрировать различные типы тревоги, каждый из которых имеет свою симптоматику.

Генерализованное тревожное расстройство

Человек испытывает чрезмерную и необоснованную тревогу, данное состояние может длиться не менее шести месяцев.

Признаки тревожного состояния включают в себя:

- беспокойство, усталость, трудности с концентрацией,
- раздражительность,
- мышечное напряжение, дрожь, плач, потливость, учащенное дыхание,
- учащенное сердцебиение, страх и проблемы со сном.

Паническое расстройство

Повторяющиеся приступы паники, эти приступы происходят внезапно и длятся несколько минут.

Для них характерны следующие симптомы:

- постоянное головокружение,
- потливость, дрожь, озноб,
- приступы тошноты,
- онемение сердца, усиленное сердцебиение, боль в груди.

Обсессивно-компульсивное расстройство

В основе этого расстройства повторяющиеся постоянные мысли, импульсы и образы, которые нежелательны и неуместны. Человек выполняет повторяющееся поведение в ответ на эти мысли.

- Фобии: иррациональные, интенсивные страхи определенных вещей или ситуаций, которые мешают нормальному функционированию.

Посттравматическое стрессовое расстройство

В основе симптоматики:

- повторяющиеся воспоминания,
- повторяющиеся кошмары.

9.2. Технологии социальной работы с депрессивными состояниями пожилых людей

Технологии социальной геронтологической социальной работы с пожилыми людьми при депрессивных состояниях условно можно систематизировать по их характеру и степени тяжести.

В этой связи можно выделить меры, которые направлены на:

- терапевтическую работу с различными состояниями клиента (работа с пессимистическими мыслями, с эмоциональной поддержкой, по управлению проблемами, по улучшению отношений),
- работу с клиентами, имеющими когнитивные нарушения, когда проблематично использовать техники терапии, например, в ситуации проблем с утратой кратковременной памяти,
- работу с клиентами в ситуации «ухода» (данные техники мы рассмотрим в последующих главах).

Терапевтические технологии социальной работы с пожилыми людьми в депрессивных состояниях

Терапевтические вмешательства достаточно хорошо описано в научной литературе. Специалистами доказана эффективная работа по таким направлениям, как поведенческая терапия, когнитивно-поведенческая терапия, терапия методами решения проблем, библиотерапия, краткосрочная психодинамическая терапия, анализ жизненной ситуации.

Каждое направление терапевтической работы с пожилыми людьми имеет свои особенности, возможности и ограничения, что отражает таблица 1.

Т а б л и ц а 1

Основные терапевтические технологии работы с пожилыми людьми при депрессивных состояниях

Терапия	Направленность помощи
когнитивно-поведенческая терапия	направлена на выявление и изменение пессимистических мыслей и убеждений у пожилого человека, способствующих депрессии
поддерживающая эмоциональная терапия	позволяет помочь человеку справиться с проблемами эмоционального плана
проблемноориентированная терапия	позволяет находить эффективные способы управления проблемами поведенческими, когнитивными, социальными, способствующими депрессии у пожилых людей
межличностная терапия	позволяет улучшить отношения, которые могут осложниться в ситуации депрессивного состояния клиента.

В качестве примера мы остановимся на технологии проблемно-ориентированной работы с пожилыми клиентами.

Оформление и сущность проблемноориентированного метода

Клиническая версия проблемноориентированного метода была предложена Д'Зуриллой и Голфирдом в 70-х годах XX века. В основе их подходов лежали разработки Х. Перлман и концепты Рэйд и Эпштейн – задачеориентированного метода сначала на решение социальных, а затем психосоциальных проблем клиента. Исследователи использовали технологию работы с клиентами, которые находились в постоянном стрессе¹. Ежедневными стрессорами жизнедеятельности являлись не психосоциальные проблемы, а хронические заболевания, медицинские проблемы. Модель решения проблем направлена на обучение клиентов управлять своим стрессовым состоянием в ситуации хронических заболеваний.

В основе теоретического подхода использованы концепты Лазаруса о стрессе и его преодолении, концепции самооэффективности А. Бандуры.

Стрессовая концепция Лазаруса позволяет выявить влияние стресса на способность человека решать текущие проблемы. Через когнитивную оценку и копинг-процессы люди по-разному реагируют на стрессовую ситуацию. На основании этого подхода Д'Зурилла и Голфирд пришли к выводу, что проблемная ситуация состоит из двух независимых компонентов:

- ориентация на решение проблемы,
- стиль решения проблемы.

Ориентация на решение проблемы признается либо как положительная, либо как отрицательная. Стили решения проблемы представлены либо рациональными, либо импульсивными, либо избегающими стратегиями.

Ориентация клиентов на решение проблем позволила выделить два типа клиентов:

- с позитивной ориентацией, конструктивно участвующие во взаимодействии, оценке, имеющие установку на решение проблемы самостоятельно,
- с негативной ориентацией, принимающих участие во взаимодействии, но имеющих низкую самооценку, считающих, что неспособны решить проблему самостоятельно.

В основе концепции А. Бандуры представления о том, что самооэффективность – это вера человека в успешность жизнедеятельности в конкретной ситуации. В основе самооэффективности лежат усилия и возможности человека проти-

¹ Jaffee W.B., D'Zurilla T.J. Personality, Problem Solving, and Adolescent Substance Use // Behavior Therapy. 2009. Vol. 40 (1). Pp. 93–101.

востоять «препятствиям и негативным переживаниям»¹. Самоэффективность развивается и проявляется в процессе решения когнитивных и поведенческих задач. Это положение было взято на вооружение клиницистами как стратегия взаимодействия с клиентами при решении их проблем.

Стили решения проблем. Определено три стиля решения проблемы клиента:

- *рациональный стиль* решения проблем характеризуется конструктивным стилем, систематической работой и оценкой фактов в сочетании с реалистичским целеполаганием и реализацией плана,
- *импульсивный стиль* решения проблем, характеризующийся как дисфункциональный, подход к проблеме менее упорядоченный и скрупулезный, импульсивное решение проблем, что чаще приводят к отрицательным последствиям,
- *избегающий стиль* решения проблем характеризуется как дисфункциональный, рассматривается как пассивный, зависимый, который может привести к негативным личным и социальным результатам.

Решение проблем клиента является моделью, которая изменяет стрессовые события в направлении стабилизации жизненной ситуации. Этому способствуют техники посредничества и модерации. Данный метод имеет различные модификации, однако его подходы находятся в рамках сформулированной технологии.

Технология проблемноориентированной терапии

Включает обучение клиентов навыкам решения проблем и предотвращения проблем в повседневной жизни.

Терапия способствует обучению адаптивным навыкам: принятие эффективных решений, определение барьеров для достижения своих целей.

Данная технология эффективна при следующих проблемах:

- депрессивное расстройство,
- генерализованное тревожное расстройство,
- эмоциональное расстройство,
- суицидальные идеи,
- трудности в отношениях,
- эмоциональные расстройства, связанные с медицинскими заболеваниями (рак, диабет).

Технология деятельности состоит из серии практических шагов:

1. Установление реалистических и достижимых целей.
2. Выбор и определение задач.

¹ Bandura A., Jourden F.J. Self-Regulatory Mechanisms Governing the Impact of Social Comparison on Complex Decision Making // Journal of Personality and Social Psychology. 1991. Vol. 60 (6). Pp. 941–951.

3. Выработку альтернативных решений.
4. Осуществление руководящих принципов действий.
5. Оценку и выбор решения.
6. Реализацию выбранного решения.
7. Оценку результатов.
8. Планирование деятельности.

Этап 1. Выбор и определение проблемы

Основная цель данного этапа – обучить клиента работать с проблемами, дать клиенту понимание, как с ними работать. В этой связи необходимо идти не от сложных, а от более простых проблем. Определение проблемы необходимо разбить на ряд циклов:

- обсуждение специфики проблемы,
- разбивка проблемы на более мелкие.

Обсуждение специфики проблемы. Клиент и социальный работник совместно обсуждают проблему, при этом необходимо сосредоточиться на факторах, которые делают ситуацию проблематичной. Большое внимание уделяют барьерам и препятствиям, с которыми сталкиваются клиенты.

Разбивка больших проблем на более мелкие и более управляемые части. Проблемы часто состоят из ряда более мелких, но четких, взаимосвязанных частей. (Необходим пример: одна пациентка жаловалась, что бедность влияет на ее способность вовремя платить за квартиру, покупать лекарства, приобретать новую одежду и подарки для внуков. Каждая из этих областей сама по себе является проблемой, заслуживающей отдельного плана действий. Кроме того, как можно видеть на этом примере, некоторые проблемы являются проблемами управления делами, а другие – проблемами пациентов. Терапевты могут принять план оплаты лекарств, но только пациенты могут принять план покупки подарков для семьи.)

Изложите проблему в ясной и объективной форме. После того, как проблема была разбита на более мелкие части, обсуждены все аспекты, необходимо ее описать в доступных терминах, то есть, необходимо перевести неопределенные проблемы в определенные. Например:

Неопределенные проблемы	Определенные проблемы
бедность	«я не могу оплатить коммунальные услуги»
паралич	« я не могу получить почту из своего почтового ящика»
промедление	«я забываю использовать свои ходунки»

Пожилые пациенты могут идентифицировать не только жизненные проблемы, но и нейровегетативные симптомы, например, проблемы с силами, энергией, сном, мотивацией. В этом случае определение проблемы строится не в отношении симптома, а в отношении функционального нарушения. Проблемами могут быть:

Неопределенная проблема	Определенная проблема
отсутствие энергии, сил	«проблемы выполнения домашней работы»
отсутствие мотивации выходить из дома	«трудности самостоятельного выхода из дома»

Этап 2. Установление реалистичных и достижимых целей для решения проблем

Следующий шаг. После того, как проблема или потребности были определены, выясняется, какие изменения хотели бы видеть клиенты. Цель должна быть четко определена с учетом времени и необходимых усилий. Так как сессия состоит из 12 недель, необходимо определиться, чего можно достичь до окончания сессии. Достижение целей тоже следует разбить на ряд этапов, которые необходимо проходить от встречи к встрече. Это позволит клиенту испытывать чувство успеха, а не формировать у него «синдрома выученной беспомощности», о чем мы писали выше.

Постановка четких поведенческих целей важна на этапе 7, когда оценивается успешность реализации решения.

Этап 3. Создание нескольких альтернативных решений: мозговой штурм

После того, как цель определена, необходимо генерировать ряд потенциальных решений. Пожилые люди в состоянии депрессии достаточно сложно ищут решения, так как стараются как можно быстрее решить свою проблему, поэтому «первая идея», которая «приходит на ум» не является самой эффективной. Клиента необходимо убедить, что нужно создать как можно больше решений, при этом использовать метод «мозгового штурма». Успешный мозговой штурм включает в себя:

- выработку/предложение нескольких решений,
- решения должны быть направлены на достижение поставленной цели,
- решения должны исходить от пациента, а не социального работника.

Сформулируйте не менее пяти решений. Наличие большого количества идей позволяет их объединять, когда это возможно, и найти решения для конкретной проблемы. В интересах клиента необходимо рассмотреть несколько вариантов решения проблем, чтобы клиент мог увидеть, как профессионал использует раз-

личные стратегии принятия решений. Это входит в процесс «обучения» его методу решения проблем.

Решения должны быть направлены на достижение поставленной цели.

Для клиентов в депрессивном состоянии характерно предлагать любые идеи, даже если они мало соотносятся с проблемой. В этом случае социальный работник должен направить клиента в необходимом направлении, уточняя у него, как соотносится это с целью, несмотря на то, что процесс мозгового штурма еще не закончился.

Клиенты могут предлагать и неосуществимые решения, в этом случае проблема тоже должна пересматриваться.

Воздержитесь от суждений до следующего этапа. Профессионал должен воздерживаться от оценки предложенных идей, пока не закончился мозговой штурм, иначе можно не заметить потенциального нового решения, которое предлагается клиентом.

Этап 4. Реализация руководящих принципов принятия решений: плюсы и минусы

Целью данного этапа является оценка стратегических альтернативных решений путем реализации руководящих принципов принятия решений. Профессионал и клиент совместно создают список для каждого потенциального решения, оценивая их «за» либо «против». Для этого задаются следующие вопросы:

- Соответствует ли решение долгосрочным и краткосрочным целям?

Направленность этого вопроса состоит в том, чтобы определить целесообразность реализации решений между встречами. Решения необходимо увязывать с долгосрочными и краткосрочными целями, клиент в достижении целей должен иметь позитивное подкрепление, успешно выполнить поставленные задачи.

- Каково влияние решения на клиента, других людей и/или общество?

Главное в постановке этого вопроса – определить, создаст ли решение какую-то другую, непредвиденную проблему? Решение не должно приводить к перегрузке устоявшиеся системные отношения, негативно влиять на других.

- Возможно ли решение?

Постановка этого вопроса позволяет определить, действительно ли клиенты и профессионалы имеют ресурсы для принятия решения?

Как и на всех стадиях решения проблем, для пациента идеально получить свой собственный список плюсов и минусов. Тем не менее, есть случаи, когда социальный работник должен непосредственно включаться в процесс решения

проблем, в частности, если клиент упускает негативные последствия для него, других и окружения; если клиент забыл о своих решениях, которые были предложены в процессе мозгового штурма.

Этап 5. Оценка и выбор решения

Данный этап включает сравнение с учетом всех аргументов решений клиентом и делится на следующие подэтапы:

- изучение всех решений,
- сравнение принятых решений.

Определение того, какое решение имеет наибольшие плюсы. Оценивается позитивное и негативное в предложенном решении, выясняется, что необходимо оставить. В совместных дискуссиях рассматривают не только «сильные» решения, но и «слабые», осмысляя, что может быть усилено в дальнейшей работе.

Сравнение решений. Социальные работники и клиенты сравнивают отобранные решения друг с другом, при этом критерием должно быть наименьшее количество негативных последствий и наибольшее положительных. Сложность заключается в том, что клиентам нелегко оценивать решение с позиций отрицательных и положительных последствий, в этом случае профессионал должен им помогать в принятии выбора. Социальный работник должен непосредственно включать клиента в процесс обсуждения, выбранное решение должно быть зафиксировано и принято клиентом.

Этап 6. Реализация предпочтительного решения

После принятия необходимого/необходимых решений планируются шаги по их реализации. Чтобы реализовать данный этап, социальный работник должны осуществлять следующие последовательные действия:

- сформировать план последовательных действий,
- рассмотреть возможные барьеры при реализации плана.

Формирование плана последовательных действий. Социальный работник и клиент совместно принимают решение о последовательности действий, рассматривают список ожиданий клиента. Прорабатывается, в какие сроки решается та или иная задача и в какой последовательности, оговариваются формы отчетности и предоставление их клиенту и социальному работнику. Все эти действия необходимы для соблюдения общего плана. План начинает реализовываться с момента, который оговаривается между профессионалом и клиентом.

Возможные барьеры при реализации плана. Клиенты выбирают те задачи, которые комфортны для них, социальные работники должны убедиться, что задачи посильны клиентам и соответствуют принятым решениям.

При составлении плана могут возникнуть новые решения. Новое решение проблемы возможно только в том случае, если клиент осознал, что предшествующее он не в состоянии выполнить.

Этап 7. Оценка результатов

Заключительный этап предполагает анализ действий, фиксацию полученных результатов и ответы на вновь возникшие вопросы, а также составление плана профилактических мер на будущее.

Социальный работник оценку результатов должен построить вокруг следующих вопросов:

- Вы остались довольны результатом?
- Вы узнали что-нибудь новое о проблеме?

Вы остались довольны результатом? После оценки домашнего задания следует спросить у клиентов об их чувстве удовлетворенности своими усилиями и влиянии их успеха на их настроение.

Клиенты могут заявлять об отсутствии прогресса. В этом случае профессионал и клиент должны разобрать ситуацию и вернуться, на основе записей и первичной оценки, к прошлому состоянию клиента, чтобы увидеть, какие изменения все-таки произошли. В отдельных случаях необходимо пересмотреть программу работы.

Вы узнали что-нибудь новое о проблеме? Этот вопрос особенно актуален для рассмотрения решений, которые не позволяли успешно удовлетворять потребности или цели.

Обсуждая неудачи клиентов, необходимо показать сильные стороны клиента, его потенциал, что поможет эффективно решать проблемы. Необходимо отметить, что неудачные ситуации – это дополнительная информация о проблеме, которая не была доступна в прежних сессиях, решение не было возможным, так как не все факты были обнаружены.

Неудачи являются частью жизнедеятельности человека, они позволяют извлекать уроки, учиться и улучшать способности справляться с проблемой.

В том случае, когда клиенты добились успеха, сохранили мотивацию, необходимо перейти к выбору других проблем для следующей сессии, при этом учитываются настроения клиента.

При прекращении работы с клиентом необходимо сформировать план профилактики возможных рецидивов, выполнить следующие действия совместно с клиентом:

1. Осмыслить курс проведенной терапии. Показать клиенту прогресс, которого они достигли.

2. Обсудить и определить признаки и симптомы депрессии, которые они должны отслеживать.

3. Обсудите с клиентом действия, которые они могли бы сделать, чтобы сохранить свое настроение.

4. Составить ежедневный план профилактики. Попросить клиента внести такие мероприятия, которые улучшают настроение, главное чтобы действия были на регулярной основе.

5. Создать план действий в случае возможных рецидивов, он должен включать встречи с социальными работниками и другими специалистами, которые могут помочь в ситуации рецидива.

ПРИМЕРНЫЙ ПЛАН ПРОФИЛАКТИКИ И ДЕЙСТВИЙ ПРИ РЕЦИДИВАХ

План профилактики рецидивов

Предупредительные знаки:

1. Спит слишком много.
2. Становится ворчливым.
3. Не занимается домашним хозяйством.

Мероприятия, которые, я знаю, помогают моему настроению:

1. Прогулки каждое утро
2. Занятия в фитнесе. Волонтерство.
3. Употребление здоровой пищи

Каждый день я буду:

1. Ходьба каждое утро не менее 10 минут
2. Хорошо поесть
3. _____

Предупреждающие признаки того, что мне нужно вызвать врача:

1. Когда я не могу встать с постели.
2. _____
3. _____

*Структура действий
и необходимые формы заполнения*

Необходимо отметить, что на каждом этапе заполняется определенная форма, которая имеется как у клиента, так и социального работника. Образец этой формы представлен ниже.

Рабочий лист решения проблем клиента

Дата _____ Ф.И.О. _____ Визит _____

Обзор прогресса: _____

1. Постановка цели: _____

2. Задачи: _____

3. Решения:

Решения	Аргументы «за»	Аргументы «против»

5. Выбор: _____

6. Шаги:

а)

б)

с)

д)

7. Удовлетворение? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Мероприятия на неделю: _____

Клиенту предлагается система управления своими эмоциями, которая должна стать неотъемлемой частью его социального функционирования в процессе решения поставленных задач. Для этого используют следующие инструменты: шпаргалку и план управления эмоциями.

Шпаргалка для управления эмоциями

1. Найдите 10 минут каждый день.
2. Найдите тихое место, где Вас не будут беспокоить.
3. Запишите, каков уровень Вашего напряжения.
4. Закройте глаза и сделайте пять медленных и глубоких вдохов.
5. Начните свою практику.
6. Закончи свою практику.
7. Запишите уровень своего напряжения.

План практики

*Расслабление * Представление * Медитация * Молитва*

Напряже- ние	<i>Поне- дельник</i>	<i>Вторник</i>	<i>Среда</i>	<i>Четверг</i>	<i>Пятница</i>	<i>Суббота</i>	<i>Воскре- сение</i>
<i>До</i>							
<i>После</i>							

Тренировка релаксации

1. Закройте глаза и подумайте о красивой картине, которая заставляет Вас расслабиться.
2. Сделайте глубокий вдох через нос, как наполнение желудка воздухом.
3. Задержите дыхание и сосчитайте до 5.
4. Медленно выдыхайте, пока весь воздух не выйдет (иногда, когда Вы выдыхаете, может быть полезно медленно прошептать слово, например, «расслабьтесь»).
5. Подождите 15 секунд.
6. Повторите.

Пожалуйста, практикуйте эти упражнения в соответствии с рекомендациями, прежде чем применять их в ситуации, вызывающей беспокойство.

Запишите свои мысли и чувства и оцените эффективность упражнений по шкале 1-10 (1=неэффективно; 10=наиболее эффективно) после каждой тренировки.

Знайте, что упражнение может увеличить беспокойства в начале тренировок, прежде чем оно даст положительный эффект.

Практические советы

Социальные работники могут давать практические советы, чтобы предупредить развитие депрессии у пожилых людей. Они заключаются в следующем:

1. Поддерживать дружеские отношения и социальную активность.
2. Развивать интерес к различным видам деятельности, иметь хобби.

3. Оставаться физически активным. Тренироваться, поддерживать себя в хорошей физической форме.
4. Читать, учиться новому.
5. Поддерживать контакт с членами семьи.
6. Придерживаться сбалансированного питания, избегать употребление сахара, кофеина, алкоголя.
7. При принятии лекарств, вызывающих беспокойство или депрессию, строго следуйте назначению врачей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. About the Global Burden of Disease (GBD) project. URL: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/about/en/ (Дата обращения: 16.07.2020).
2. Asquitz S. What Social Workers Do. (2nd Edition). Washington, DC: Nasw Press. The Guardian, Social Care Network, 2005. Pp. 576–590.
3. Athas W.F., Hedayati M.A., Matanoski G.M., Farmer E.R., Grossman L. Development and Field-Test Validation of an Assay for DNA Repair in Circulating Human Lymphocytes // *Cancer Res.* 1991. Vol. 51 (21). Pp. 5786–5793.
4. Bandura A., Jourden F.J. Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making // *Journal of Personality and Social Psychology.* 1991. Vol. 60 (6). Pp. 941–951.
5. Beck A.T. Thinking and depression: idiosyncratic content and cognitive distortions // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1963. Vol. 9. P. 324.
6. Berrios G.E., Hauser R. The early development of Kraepelin's ideas on classification: a conceptual history // *Psychological Medicine.* 1988. Pp. 813–821.
7. Biederman J., Petty C.R., Fried R., Kaiser R., Dolan C.R., Schoenfeld S., Doyle A.E., Seidman L.J., Faraone S.V. Educational and Occupational Underattainment in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a Controlled Study // *Journal of Clinical Psychiatry.* 2008. Vol. 69 (8). Pp. 1217–1222.
8. Birren J.E., Renner V.J. Concepts and criteria of mental health and aging // *American Journal of Orthopsychiatry.* 1981. Vol. 51 (2). Pp. 242–254.
9. Bocock R. Psychoanalysis and social theory // *Social work and the legacy of Freud: Psychoanalysis and its uses* / Ed. G. Pearson. L., 1988.
10. Bosma H., Marmot G.M., Hemingway H. Low Job Control and Risk of Coronary Heart Disease in the Whitehall II (Prospective Cohort) Study. *BMJ*, 1997. Pp. 558–650.
11. Briar S., Miller H. Problems and issues in social casework. New York: Columbia University Press, 1971.
12. Bronfenbrenner U. The Ecology of Cognitive Development: Research Models and Fugitive Findings // *Development in Context: Acting and Thinking in Specific Environments* / R.H. Wozniak, K.W. Fischer (Ed.). – Hillsdale, 1993. Pp. 3–44.
13. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979. 330 p.

14. Carlson J., Budney B. Social work's legacy: Irreconcilable differences? // *Clinical Social Work Journal*. 2002. Vol. 30 (2). Pp. 187–200.
15. Carlton T. *Clinical Social Work in Health Setting*. N-Y: Springer, 1984.
16. Carter B., McGoldrick M. *The Changing Family Life Cycle: A Frame Work for Family Therapy* (2nd ed.). N-Y: Gardner Press, 1988. Pp. 3–28.
17. Clark A.N, Mankikar G.D, Gray I. Diogenes Syndrome. A Clinical Study of Gross Neglect in Old Age // *Lancet*. 1975. Vol. 305. Iss. 7903. Pp. 366–388.
18. Clark M., Anderson B.G. *Culture and Aging: An Anthropological Study of Older Americans*. Springfield, Illinois, 1967. P. 496.
19. Clemens Elizabeth L., Hayes Harriett E. Assessing and Balancing Elder Risk, Safety and Autonomy: Decision-Making Practices of Health Care Professionals // *Home Health Care Services Quarterly*. 1997. Vol. 16. Iss. 3. Pp. 3–21.
20. Coady N, Lehmann P. *Theoretical Perspectives for Direct Social Work Practice*. N-Y: Springer, 2008. P. 69.
21. Cohen J. *Nature of Clinical Social Work // Toward a Definition of Clinical Social Work* Washington / P.L. Ewalt. DC: National Association of Social Workers, 1980. Pp. 23–32.
22. Council on Social Work Education. Educational policy and accreditation standards. Retrieved October 9, 2009. URL: <http://www.cswe.org/NR/rdonlyres/2A81732E-1776-4175AC42-65974E96BE66/0/2008EducationalPolicyandAccreditationStandards.pdf>
23. COVID-19: What You Need to Know and How to Get Help. URL: <https://www.alz.org/> (Дата доступа: 16.02.2020).
24. David G. Phillips *Clinical Social Work and Psychoanalysis: Introduction to the Special Issue* // *Clin Soc Work J*. 2009. Vol. 37. Pp. 1–6.
25. *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*. Imprint: Saunders 32nd Edition, 2011. 2176 p.
26. DSM 5 на русском языке. Диагностические критерии СДВГ по классификации DSM-IV. URL: <https://srcaltufevo.ru/dsm-5-na-russkom-yazyke-diagnosticheskie-kriterii-sdvg-po-klassifikacii-dsm-iv.html> (Дата обращения: 21.01.2020).
27. Dugan S.A., Lewis T.T., Everson-Rose S.A., Jacobs E., Harlow S., Janssen I. Chronic Discrimination and Bodily Pain in a Multiethnic cohort of Midlife Women in the Study of Women's Health Across the Nation. *Pain*, 2017. Pp.1656–1665.
28. Dunbar H.F. *Medicine, Religion and the Infirmities of Mankind*. Mental Hygiene. 1934. No 18. Pp. 16–25.
29. Elder G.H. Jr. *Perspectives on the Life Course* // *Life Course Dynamics*. Ithaca: Cornell University Press, 1985. Pp. 1–12.

30. Engel G.L. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model // *Am J Psychiatry*. 1980. Vol. 137. No 5. Pp. 535–544.
31. Eric S. Stein. Otto Rank: Pioneering Ideas for Social Work Theory and Practice. *Psychoanalytic Social Work*. 2010. Vol. 17. Pp. 116–131.
32. Erikson E.H. *Identity and the Life-Cycle*, N.Y.: International University Press, 1959. P. 171.
33. Erikson E.H. On the Nature of Psycho-Historical Evidence. In *Search of Gandhi* // *Daedalus*. 1968. Vol. 97. No 3. Pp. 695–730.
34. Erikson E.H. The Galilean Sayings and the Sense of 'I' // *The Yale Review*. 1981. No 70. Pp. 321–362.
35. Esch T., Stefano G.B., Fricchione G.L., Benson H. The Role of Stress in Neurodegenerative Diseases and Mental Disorders // *Neuroendocrinology Letters*. 2002. Vol. 23 (3). Pp. 199–208.
36. Facing the Giants of Geriatrics. URL: http://www.healthyagingcongress.com/slides/19/S5_PSRinivas.pdf (Дата обращения: 07.05.2020).
37. Feil N. V/F Validation: The Feil Method: How to Help Disoriented Old-Old, 1982. P. 91.
38. Fields R.C, Fleming M.D, Gastman B., Gonzalez R., Johnson D., Joseph R.W., et al. Melanoma, Version 2.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology // *J Natl Compr Canc Netw*. 2016. Vol. 14. Pp. 450–73.
39. Franz A. *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. Norton Professional, 1987. 300 pp.
40. Fried L.P., Ferrucci L., Darer J., Williamson J.D., Anderson G. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care // *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004. Vol. 59 (3). Pp. 255–63.
41. Garbarino J. An Ecological Perspective on the Effects of Violence on Children // *The Journal of Community Psychology (JCOP)*. 2001. Vol. 29. Iss. 3. Pp. 361–378.
42. Gibson C., Matthews K., Thurston R. Daily physical activity and hot flashes in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Flashes Study // *Fertil Steril*. 2014. Vol. 101 (4). P. 1110.
43. Giovannoni J., Billingsley A. *Children of the storm: Black children and American child welfare*. New York: Harcourt, Brace and Jovanovich, 1972. Pp. 117–119. DOI: 10.1080/00220612.1974.10671311
44. Goldstein E. What is clinical social work? Looking back to move ahead // *Clinical Social Work Journal*. 2006. Vol. 24. Pp. 89–104.
45. Granovetter M. The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited // *Sociological Theory*. 1983. Vol. 1. Pp. 201–233.

46. Guay D.R. Inappropriate sexual behaviors in cognitively impaired older individuals // *Am J Geriatr Pharmacother*. 2008. Vol. 6 (5). Pp. 269–88.
47. Hamilton G. *Theory and Practice of Social Case Work*. New York: Columbia University Press, 1940. p. 388.
48. Hollis F. *Social Casework*. New York: Columbia University School of Social Work. 1967. Vol. 48. Iss. 8. Pp. 489–492.
49. Hollis F., Woods M. *Casework a psychosocial therapy*. N-Y: Random House, 1981. p. 16.
50. International Federation of Social Workers. (IFSW) and International Association of Schools of Social Work. (2004). *Ethics in social work, statement of principles*. Retrieved January 2, 2008. URL: <http://www.ifsw.org/en/p38000324.html>.
51. Jaffee W.B., D’Zurilla T.J. *Personality, Problem Solving, and Adolescent Substance Use* // *Behavior Therapy*. 2009. Vol. 40 (1). Pp. 93–101.
52. Jones E. *The life and work of Sigmund Freud*. New York: Basic Books, 1957.
53. Kahn R.L., Antonucci T.C. *Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support* // *Life Span Development and Behavior* / P.B. Baltes, O.G. Brim (Eds.). San Diego, CA: Academic Press. 1980. Vol. 3. Pp. 253–286.
54. Kane R., Ouslander J. *Essentials of clinical geriatrics*. N-Y: McGraw-Hill, 1989.
55. Keefe F.J., Porter L., Somers T., Shelby R., Wren A.V. *Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications* // *British Journal of Anaesthesia*. 2013. Vol. 111. Iss. 1. Pp. 89–94.
56. Kissane D.W., Clarke D.M., Street A.F. *Demoralization syndrome-a relevant psychiatric diagnosis for palliative care* // *J Palliat Care*. 2001. Vol. 17 (1). Pp. 12–41.
57. Kohlberg L., Lickona T. *Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach* // *Moral Development and Behavior: Theory, Research and Social Issues*. Holt, NY: Rinehart and Winston, 1976. URL: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0463-8_335.
58. Korin E.C., McGoldrick M., Watson M.F. *The Individual and Family Life Cycle* // *Fundamentals of Clinical Practice* / M.B. Mengel, W.L. Holleman, S.A. Fields. Springer, Boston, MA, 2002. Pp. 21-47. URL: https://doi.org/10.1007/0-306-47565-0_2.
59. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 1st ed. Leipzig, Germany: Barth, 1883.
60. Lawton M.P. *Housing the elderly: Residential quality and residential satisfaction among the elderly* // *Research on Aging*. 1980. Vol. 2. No 3. Pp. 309–328.
61. Lawton M.P. *Three functions of the residential environment* // *Journal of Housing for the Elderly*. 1988. Vol. 5 (1). Pp. 35–50.

62. Lela B. Costin Edith Abbott and the Chicago Influence on Social Work Education // *Social Service Review*. Vol. 57. No. 1 (Mar., 1983). Pp. 94–111.
63. LeUnes A.D., Nation J.R., Turley N.M. Male–female performance in learned helplessness // *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*. 1980. Vol. 104 (2). Pp. 255–258.
64. Lewinsohn P.M., Libet J. Pleasant events, activity schedules and depression // *Journal of Abnormal Psychology*. 1972. Vol. 79. Pp. 291–295.
65. Lichtenberg P.A. Psychotherapy in Geriatric Long Term Care // *J Clin Psychol*. 1999. Vol. 55 (8). Pp. 1005–1014.
66. Manny J. González, Caroline Rosenthal Gelman. Clinical Social Work Practice in the Twenty-First Century: A Changing Landscape // *Clinical Social Work Journal*. 2015. Vol. 43. Iss. 3. pp 257–262.
67. Mehmet Zafer Dan and Amra Kirbaç The Historical Development of Social Work Practice With Individual // *Middle-East Journal of Scientific Research*. 2013. 14 (5). P. 707.
68. Meyer C. Social work practice: The changing landscape. N-Y: Free Press, 1976.
69. Mirowsky J., Ross C.E. Sex Differences in Distress: Real or Artifact? // *American Sociological Review*. 1995. Vol. 60. No. 3. Pp. 449–468.
70. Mitnitski A., Fallah N., Rockwood M.R., Rockwood K. Transitions in cognitive status in relation to frailty in older adults: a comparison of three frailty measures // *J Nutr Health Aging*. 2011. Vol. 15 (10). P. 863.
71. Nascher I.L. Geriatrics // *N.Y. Med. J*. 1909. Vol. 90. Pp. 368–369.
72. Neugarten B. Health care, Medicare, and health policy for older people: A conversation with Arthur Flemming // *American Psychologist*. 1983. Vol. 38 (3). Pp. 311–315.
73. Norten H. Clinical social work. N-Y: Columbia University Press, 1994.
74. Paladini A., Marinangeli F., Coaccioli S., Fusco M., Piroli A., et al. New Perspectives in Chronic and Neuropathic Pain in Older Population // *SOJ Anesthesiology and Pain Management*, 2015. 2 (3). Pp. 1–3. URL: <https://symbiosis onlinepublishing.com/anesthesiology-painmanagement/anesthesiology-painmanagement26.pdf>
75. Pearlman H.H. Social work in psychiatric settings // *American handbook of psychiatry* (2nd ed.) / S. Arieti (Ed.). New York: Basic Books, 1974.
76. Peck R. Psychological Developments in the Second Half of Life. Chicago: University of Chicago Press, 1968; *Psychological Aspects of Aging*. Ed. J. Anderson. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1956. Pp. 42–53.
77. Perlman H.H. Social Case Work: A Problem Solving Process. Chicago, 1957

78. Pinkus et al. Education for the Practice of Clinical Social Work at the Master Level. P. 258.
79. Pool D. Health Care: Direct practice / Encyclopedia of Social Work. Nasw Press, 1996.
80. Reisberg B., Shao Y., Golomb J., Monteiro I., Torossian C., Boksay I., Shulman M. Comprehensive, Individualized, Person-Centered Management of Community-Residing Persons with Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease: A Randomized Controlled Trial // *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2017. Vol. 43. Pp. 100–117.
81. Richmond M.E. What is social casework? An introductory description. New York: Russell Sage Foundation, 1922. P. 99.
82. Richmond. M.E. Social Diagnosis, 1917. P. 9–10.
83. Rosenberg I.H. Summary comments // *Am J Clin Nutr*. 1989. Iss. 50. P. 1231.
84. Schrijvers D., Hulstijn W., Sabbe B. Psychomotor Symptoms in Depression: A Diagnostic, Pathophysiological and Therapeutic Tool // *Journal of Affective Disorders*. 2008. Vol. 109 (1–2). Pp. 1–20.
85. Schwartz W., Zalba S. The Practice of Group Work. New York: Columbia University Press, 1971. P. 284.
86. Shorter E. A Historical Dictionary of Psychiatry. New York: Oxford University Press, 2005. 338 p.
87. Shulman L. The Skills of Helping Individuals, Families, Groups and Communities (4th ed.). Itasca, IL: F.E. Peacock Publishers, 1999. Pp. 19–38.
88. Skinner B.F. About Behaviorism. New York: Knopf, 1974.
89. Strean H.S. Clinical social work: Theory and practice. New York: Free Press, 1978.
90. Strehler B.L., Mildvan A.S. General Theory of Mortality and Aging. Science. 1960. Pp. 14–21.
91. Suzman R. Helping the world to grow old more gracefully // *The Lancet*. 2014. Vol. 385. Iss. 9967. Pp. 499.
92. Terman L.M., Chase J.M. The Psychology, Biology, and Pedagogy of Genius // *Psychological Bulletin*. 1920. Vol. 17. No 12. Pp. 397–407.
93. The Neurobiology of Peer Victimization // *Merrill-Palmer Quarterly*. 2018. Vol. 64. No. 1. Pp. 101–134.
94. The Seasons of a Man's Life Daniel J. Levinson, with Charlotte N. Darrow, Edward B. Klein, Maria H. Levinson, and Braxton McKee New York: Alfred A. Knopf, 1978. 363 pp. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/105960117900400214>.
95. Thomas S., Znaniecki F. The Polish Peasant in Europe and America. Vol. 1. Part. 1. N-I. 1918. 152 p.

96. Trattner W. From poor law to welfare state: A history of social welfare in America. N-Y: Free Press.
97. Tuppen S. Purcell in the 18th century: music for the 'Quality, Gentry, and others' // *Early Music*. 2015. Vol. 43. Iss. 2. Pp. 233–245.
98. Turk D.C., Rudy T.E. Neglected topics in the treatment of chronic pain patients-relapse, noncompliance, and adherence enhancement // *Pain*. 1991. Vol. 44 (1). Pp. 5–28.
99. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017) // *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. URL: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf (Дата обращения: 20.08.2020).
100. Validation Therapy for Dementia. URL: <https://www.aplaceformom.com/blog/2-18-16-validation-therapy-for-dementia/> (Дата обращения: 08.05.2020).
101. Wittman M. Preventive social work // *Encyclopedia of social work*. Nasw, 1977.
102. Wolfe J.L., Russianoff P. Overcoming Self-Negation in Women // *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 1995. Vol. 15. Pp. 81–92.
103. Wu X., DeMaris A. Gender and marital status differences in depression: The effects of chronic strains. *Sex Roles // A Journal of Research*. 1996. Vol. 34 (5–6). Pp. 299–319.
104. Александрова М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии. – Л.: ЛГУ, 1974. 127 с.
105. Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. Издание 2-е, исправленное и дополненное. – М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2006. 512 с.
106. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования эссе. URL: <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-4-4-14> (Дата обращения: 21.01.2020).
107. Ачкасов Е.Е. Психологические аспекты медицинской реабилитации: Учебное пособие / Под ред. Е.Е. Ачкасова, Н.Д. Твороговой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 352 с.
108. Белоусов Ю.Б., Зырянов С.К., Белоусов Д.Ю., Бекетов А.С. Клинико-экономические аспекты терапии болезни Альцгеймера в России // *Качественная клиническая практика*. 2009. № 1. С. 3–28.
109. Верещагин Н.В., Пирадов М.А. Инсульт: оценка проблемы // *Неврологический журнал*. 1999. № 5. С. 4–7.

110. Гиро Поль. Быт и нравы древних римлян. Серия: Популярная историческая библиотека. – Смоленск: Русич, 2000. 576 с.
111. Джейкобс Д., Дэвид П., Мейер Д. Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций. – СПб., 1997. 233 с.
112. Диабет. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> (Дата обращения: 07.05.2020).
113. Драпкина О.М., Самородская И.В., Ларина В.Н., Лукьянов М.М. Вопросы организации помощи пациентам с мультиморбидной патологией: аналитический обзор международных и российских рекомендаций // Профилактическая медицина. 2019. № 2. С. 107–114.
114. Клузман Р. Справочник по психотерапии. – Изд-во: СПб: Питер, 2004. 368 с.
115. Ковалева А.И., Луков В.А. Социология молодежи: Теоретические вопросы. – М.: Социум, 1999. 351 с.
116. Кодекс этики социального работника. URL: <http://onf.ru/2013/05/30/kodeks-e-tiki-sotsial-nogo-rabotnika>.
117. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. – М.: Главлит, 1923. 458 с.
118. Лабори А. Регуляция обменных процессов. – М.: Медицина, 1970. 384 с.
119. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). URL: <https://mkb-10.com/> (Дата обращения: 21.01.2020).
120. О истине / Сочинение И.Х.А. Гейнрота, проф. психологии Лейпциг. ун-та и врача душев. болезней; Пер. с нем. А. Накропин. – СПб.: Изданием кн. А.Б. Голицына, 1835. 176 с.
121. О принципах организации социальной работы в Русской Православной Церкви. URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/1401894>.
122. Пиаже Ж.В.Ф. Психология интеллекта: монография. – М.: Директ-Медиа, 2008. 351 с.
123. Послание Президента Федеральному Собранию. 12 декабря 2012 г. URL: <http://kremlin.ru/events/president/news/17118>.
124. Прощаев К.И., Коновалов С.С. Избранные лекции по гериатрии. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. 778 с.
125. Рибо Т.А. Психология внимания. – СПб.: Типография товарищества Общественная польза, 1897. 95 с.
126. Россия в цифрах. 2019: Крат.стат.сб. / Росстат. – М., 2019. 549 с. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/doc_2019/rusfig/rus19.pdf (Дата обращения: 16.07.2020).

127. Сарычева И.А., Кочкина Е.В. Модели взаимодействия органов исполнительной власти Москвы с СОНКО при реализации Федерального Закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». – М., 2017. 168 с.

128. Сиденкова А.П. Уместность применения дименсионального подхода к изучению тяжелых когнитивных расстройств позднего возраста // Уральский медицинский журнал. 2018. № 12 (167). С. 5–11.

129. Социальные науки: Реферативный сборник: Mary Ellen Richmond. Social diagnosis. Перевод с англ. Сухова Е.Н. / Составитель и научный редактор З.Х. Саралиева. Вып. 7. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2012. 495 с.

130. Статистический сборник 2018 год. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskii-sbornik-2018-god> (Дата обращения: 07.05.2020).

131. Фирсов М.В. История социальной работы. – М.: Академический проект, 2007.

132. Фрейд З. Введение в психоанализ – М.: Директ-Медиа, 2008. 1070 с.

133. Фрейд З. Печаль и меланхолия. Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилонаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.

134. Чудновский В.Э. Смысл жизни: проблема относительной эмансипированности от «внешнего» и «внутреннего» // Психологический журнал. 1995. Т. 16. № 2. С. 175–183.

135. Шнайдер К. Клиническая психопатология. 14-е неизменное издание с комментариями Герда Хубера и Гизеллы Гросс. Издательство «Сфера», 1999. 316 с.

136. Элиаде Мирча. Словарь религий, обрядов и верований. Серия: Философские технологии. – М.: Академический Проект, 2019. 382 с.

137. Эриксон Э. Детство и общество. – М., 1996. 592 с.

Фирсов Михаил Васильевич
Саралиева Зарэтхан Хаджи-Мурзаевна
Судьин Сергей Александрович
Черникова Анна Андреевна

ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Учебное пособие

Компьютерная верстка:
Ивашечкина Дарья Евгеньевна
Рябинская Елена Сергеевна

Подписано в печать 14.09.2020
Формат 60×84 1/16. Усл. печ. л. 10,9
Зак. 282. Тираж 500 экз.

Издательство НИСОЦ
г. Н. Новгород, Казанское ш., д.10/1, к.6

Отпечатано в типографии
Нижегородского госуниверситета им. Н.И. Лобачевского
г. Н. Новгород, ул. Б. Покровская, д. 37