

СОГЛАСОВАНО

Доктор исторических наук

  
\_\_\_\_\_ М.В. Фирсов

«09» января \_\_\_\_\_ 2024 г.

УТВЕРЖДАЮ

Директор ГБУ КЦМП ДТЗСН

  
\_\_\_\_\_ Ю. С. Макарецва



\_\_\_\_\_ 2024 г.

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СОЦИАЛЬНОГО КООРДИНАТОРА

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ  
ГЕРНОТОЛОГИЧЕСКОЙ  
РАБОТЫ СОЦИАЛЬНОГО КООРДИНАТОРА

УЧЕБНИК И ПРАКТИКУМ

Под редакцией М.В. Фирсова

Москва -2024

**Ответственный редактор:**

**Фирсов Михаил Васильевич** – доктор исторических наук, профессор Российского государственного социального университета.

**Рецензенты**

**Лельчицкий И.Д.** – доктор педагогических наук, профессор Тверского государственного университета, академик РАО.

**Процаев К.И.** доктор медицинских наук, профессор Академии постдипломного образования Федерального научно-клинического центра ФМБА России.

**Теория и практика клинической геронтологической работы социального координатора**

В курсе изложены теоретические и практические подходы социального координатора, деятельность которого сегодня оформляется по направлениям клинической практики с различными группами населения. Данная работа посвящена методам социальной координации, отражающим отечественные и мировые психосоциальные технологии помощи пожилым людям в медицинских организациях. Большое внимание уделено институционализации российской модели социальной координации в контексте оформления профессии в странах глобального Севера и глобального Юга.

Представленный учебник имеет практическую направленность, он формирует не только комплексные представления о процессе социальной координации, но и раскрывает алгоритмы работы с клиентами, методы практической коммуникации с пожилыми людьми в медицинских организациях, техники скрининговой диагностики необходимые для реализации на практике предоставления социальных услуг.

Курс соответствует актуальным требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению «Социальная работа».

*Предназначен для студентов вузов, обучающихся по данному направлению подготовки, преподавателей, а также слушателей системы повышения квалификации системы социальной защиты населения.*

**Авторский коллектив**

**Беставашвили И.Р.** – директор, Государственного бюджетного учреждения города Москвы "Координационный центр по межведомственным проектам Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы» (предисловие, глава 2, 12, приложение 1)

**Голанова Е.В.** – заместитель директора, Государственного бюджетного учреждения города Москвы "Координационный центр по межведомственным проектам Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы" (глава 12, приложение1).

**Макарцева Ю.С.** – заместитель директора Государственного автономного учреждения города Москвы «Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, руководитель экспериментальных социально-медицинских проектов в городе Москве (глава 2, приложение1).

**Мкртумова И.В.** – доктор социологических наук, профессор Российского экономического университета им. Г. В. Плеханова (глава 7,8, глоссарий, приложение1)

**Почитаева И. П.** - доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины Академии постдипломного образования ФНКЦ ФМБА России (глава 4,5,6.)

**Птицына Н.А.** – кандидат педагогических наук., доцент Ивановского государственного университета (глава 9, 10, приложение1)

**Старцева О. Н.** - кандидат медицинских наук, доцент, руководитель отдела социальной геронтологии АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология» (глава 12,13)

**Феофанов В.И.** – кандидат психологических. наук, доцент Российского государственного социального университета (глава 10,13, приложение1)

**Фирсов М.В.** – доктор исторических наук, профессор Российский государственный социальный университет (глава 1,2,3,4,5,6,12, приложение1)

**Чулец К.А.** – заместитель директора Государственного бюджетного учреждения города Москвы "Координационный центр по межведомственным проектам Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы" (глава 13, приложение1).

**Шапошникова Т.Д.** – кандидат педагогических наук, доцент, вице-Президент, Член Правления Межрегионального Благотворительного общественного Фонда помощи детям "БЛАГОВЕСТ"(глава 11, приложение1).



## Оглавление

### Предисловие редактора

### Раздел 1. Методологические проблемы клинической социальной работы

#### Глава 1. Институционализация клинической социальной работы в основных странах глобального Севера

##### 1.1. Становление клинической социальной работы в США

- 1.1.1. Социально-исторические условия, определившие становление социальной работы в США
- 1.1.2. Социальная работа в дискурсах медицинских и психодинамических подходов в 1900-1920 гг.
- 1.1.3. Философия профессионализма в дискурсах психоанализа 1920-1940 гг.
- 1.1.4. Клиническая социальная работа в дискурсах неопрейдизма в 1940-1960 гг.
- 1.1.5. Философия профессиональной практики социальной работы в 1960-2020 гг.

##### 1.2. Оформление клинической социальной работы в Великобритании

- 1.2.1. Оформление профессиональной помощи в 1870-1900 годы
- 1.2.2. Становление профессиональной социальной работы в 1900-1945 годах
- 1.2.3. Становление клинической социальной работы в дискурсах государства всеобщего благоденствия 1945- 1970 гг.
- 1.2.4. Философия профессиональной деятельности в рамках единого подхода в 1970- 2020 гг.

##### 1.3. Становление клинической социальной работы в Германии

- 1.3.1. Институционализация общественной практики в Германии в XIX веке
- 1.3.2. Профессиональная философия в дискурсах социальной педагогики/ социальной работы в 1900-1949 годов
- 1.3.3. Развитие профессиональной философии в дискурсах социальной работы/социальной педагогики/ социального образования 1950-1990 годы
- 1.3.4. Философия профессионализма в Германии в 1990-2020 годах

##### 1.4. Оформление клинической социальной работы во Франции

- 1.4.1. Особенности становление помощи и поддержки во Франции в конце XIX века
- 1.4.2. Оформление философии профессиональной помощи в 1900 - 1939 гг.
- 1.4.3. Профессиональная философия в годы оккупации и первые послевоенные годы 1940-1950-х годов
- 1.4.4. Философия помощи в дискурсах американской модели помощи в 1950-1990 гг.
- 1.4.5. Развитие французской модели социальной работы в контексте европейских и мировых школ социальной работы в 2000-2020 гг.

### Общие выводы

### Вопросы и задания

#### Глава 2. Становление профессиональной социальной работы в России в XX веке.

##### 2.1. Философия общественного призрения и частной благотворительности на рубеже веков

2.1.1. Изменение исторического контекста философии общественного призрения и частной благотворительности

2.1.2. Динамика изменения философии общественного призрения и частной благотворительности

## **2.2. Философия классовой социальной работы в России**

2.2.1. Исторический контекст изменения философии помощи

2.2.2. Особенности классовой социальной работы

## **2.3. Особенности социальной работы на дому в 80-е годы**

2.3.1. Помощь на дому в контексте российских социально-исторических процессов

2.3.2. Философия практики социального обслуживания на дому

## **2.4. Оформление профессиональной социальной работы в Российской Федерации**

2.4.1. Становление профессиональной социальной работы в дискурсах менеджизма

2.4.2. Изменение идеологии и практики социальной работы в пандемический и пост-пандемический период

2.4.3. Актуализация цифровых технологий в системе административной практики

2.4.4. Реализация деятельности социальных работников в режиме проактивности в новых сферах практики и межведомственного взаимодействия

### **Общие выводы**

### **Вопросы и задания**

## **Глава 3. Философия профессионализма в основных странах Глобального Юга**

### **3.1. Становление клинической социальной работы в Бразилии**

3.1.1. Философия профессиональной деятельности в конце XIX в первой трети XX века

3.1.2. Оформление профессиональной социальной работы с 1945 по 1963 год

3.1.3. Философия социальной работы в период диктатуры и авторитарной модернизации социальной сферы 1964-1988 годы

3.1.4. Становление профессиональной социальной работы в контексте новой волны демократии 1988-2015 годов

### **3.2. Оформление клинической социальной работы в Индии в XX веке**

3.2.1. Становление социальной работы в колониальный период

3.2.2. Движение сатьяграха, ненасильственной борьбы за независимость

3.2.3. Философия профессионализма в период деколонизации

### **3.3. Институционализация клинической социальной работы в Китае в XX веке.**

3.3.1 Становление клинической социальной работы в 1920-1950-х годах

3.3.2. Философия помощи в КНР в 1950-1980-е годы

3.3.3. Особенности профессиональной социальной работы в 1980-1990 гг.

3.3.4. Коренизация социальная работа в КНР с 1990- по настоящее время

### **Общие выводы**

### **Вопросы и задания**

## **ГЛАВА 4. Жизненный цикл человека в контексте процессов развития и инволюции**

### **4.1. Теоретические подходы к жизненному циклу человека**

4.1.1. Донаучные подходы к жизненному циклу человека

4.1.2. Концептуальные основания жизненного цикла человека в контексте клинической социальной работы

#### **4.2. Этап социальной интеграции человека в контексте проблем развития и стагнации**

- 4.2.1. Процессы социализации и инкультурация развития человека на этапе социальной интеграции
- 4.2.2. Процессы биопсихосоциального развития человека на ранних стадиях социальной интеграции
- 4.2.3. Процессы стагнации и инволюции на этапе социальной интеграции

#### **4.3. Этап социального функционирования в контексте проблем развития и инволюции**

- 4.3.1. Психологическое, гендерное, нравственное становление человека
- 4.3.2. Карьера и жизненный цикл человека
- 4.3.3. Инволюционные процессы в жизненном цикле человека на этапе социального функционирования

#### **4.4. Этап сохранения неутраченных функций и процессы инволюции**

- 4.4.1. Биологические траектории пожилых людей
- 4.4.2. Психологические траектории пожилого человека
- 4.4.3. Социальные траектории пожилого человека

#### **Общие выводы**

#### **Вопросы и задания**

### **Глава 5. Биопсихосоциальные подходы к старению человека**

#### **5.1. Биологические теории старения человека**

- 5.1.1 Эволюционная теория старения
- 5.1.2 Теории старения клеток/теория теломер
- 5.1.3 Теория генного контроля

#### **5.2. Психологические теории старения**

- 5.2.1. Парадигма психологических теорий старения в логике геронтогенеза
- 5.2.2. Классические психологические теории старения
- 5.2.3. Постмодернистские психологические теории старения

#### **5.3. Социологические теории старения**

- 5.3.1. Структурализм и теории старения
- 5.3.2. Политэкономические подходы к старению
- 5.3.3. Антропологические подходы к теории старения

#### **Общие выводы**

#### **Вопросы и задания**

## **РАЗДЕЛ 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ КООРДИНАЦИИ В ДИСКУРСАХ КЛИНИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В МЕЖВЕДОМСТВЕННОМ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ**

### **Глава 6. Философия и теоретические модели интегративной технологии социальной координации**

#### **6.1. Философия и базовые принципы интегративной социальной координации в организациях здравоохранения**

- 6.1.1. Философские основания интегративной модели социальной координации
- 6.1.2. Принципы реализации мультимодального процесса интегративной социальной координации
- 6.1.3. Принципы взаимодействия социального координатора и пациента в интегративной модели социальной координации.

#### **6.2. Теоретические основания интегративной модели социальной координации.**

- 6.2.1. Теоретические модели практических перспектив
- 6.2.2. Модели теории практики в технологиях социальной координации

6.2.3. Практические модели в подходах к технологиям социальной интеграции

### **6.3. Общая модель клинической интегративной социальной координации в организациях здравоохранения**

6.3.1. Теоретическая модель помощи в логике индивидуальной социальной работы.

6.3.2. Общая модель клинической интегративной социальной координации: отечественный и зарубежный опыт.

6.3.3. Функциональная модель клинической интегративной социальной координации.

**Общие выводы**

**Вопросы и задания**

## **Глава 7. Нормативно-правовые проблемы социальной координации в медицинских организациях**

### **7.1. Федеральные нормативно-правовые основы деятельности социальных координаторов**

7.1.1. Федеральное и законодательство субъектов РФ в определении деятельности социальных координаторов

7.1.2. Реализация программ социальной координации на федеральном уровне

7.1.3. Федеральное законодательство в регламентации социального обслуживания населения

### **7.2. Нормативно-правовые основы деятельности социальных координаторов в городе Москве**

7.2.1. Нормативное правовое обеспечение государственной поддержки граждан пожилого возраста в городе Москве.

7.2.2 Стандарты социального обслуживания в городе Москве.

**Общие выводы**

**Вопросы и задания**

## **Глава 8. Управление и межведомственное взаимодействие в технологиях социальной координации**

### **8.1. Теоретические основания управления и межведомственного взаимодействия в социальных системах**

8.1.1. Структура системы социального управления

8.1.2. Принципы, формы и методы социального управления

8.1.3 Социальные условия и управленческие реалии в социальных системах

### **8.2. Развитие социального управления в контексте межведомственного взаимодействия**

8.2.1. Нормативно-правовая база межведомственного взаимодействия в технологиях социальной координации.

8.2.2 Нормативно-правовое регулирование межведомственного взаимодействия социальной службы со структурами медицинских организаций

### **8.3. Полномочия и функции участников межведомственного взаимодействия при реализации технологий социального сервиса**

8.3.1. Функции и полномочия подведомственных Департаментам организации

8.3.2 Социальный сервис «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»: организация, управление, практика

**Общие выводы**

## **Вопросы и задания**

### **Глава 9. Ключевые роли, базовые навыки и практические интервенции социального координатора в медицинских организациях**

#### **9.1. Ключевые роли социального координатора**

- 9.1.1. Практические и посреднические роли социального координатора в помогающем процессе
- 9.1.2. Управленческие и профессиональные роли социального координатора

#### **9.2. Ролевой репертуар социального координатора в системе помогающего процесса**

- 9.2.1. Компетентностные подходы к модели социального координатора в отечественной теории социальной работы
- 9.2.2. Профессиональные интервенции социального координатора

### **Общие выводы**

## **Вопросы и задания**

### **Глава 10. Особенности работы социального координатора в мультидисциплинарной команде**

#### **10.1. Причины и основания формирования мультидисциплинарной команды в медицинских организациях**

- 10.1.1. Организация междисциплинарной команды в помогающем процессе
- 10.1.2. Основные принципы мультидисциплинарной команды

#### **10.2. Организационные вопросы мультидисциплинарной команды**

- 10.2.1. Основные требования к профессионалу в мультидисциплинарной команде
- 10.2.2. Подходы к повышению эффективности мультидисциплинарной команды

### **Общие выводы**

## **Вопросы и задания**

### **Глава 11. Профессиональная этика и практическая деонтология социального координатора**

#### **11.1. Профессиональная этика и деонтология в помогающей практике специалистов**

- 11.1.1. Причины и необходимость профессиональной этики и деонтологии в практической деятельности социального координатора
- 11.1.2. Принципы и стандарты профессиональной этики социального координатора в контексте отечественных и зарубежных подходов

#### **11.2. Проблемы этической регуляции в практике социального координатора**

- 11.2.1. Деонтология в практической деятельности социального координатора
- 11.2.2. Деятельность социального координатора на основе деонтологического подхода

### **Общие выводы**

## **Вопросы и задания**

### **Раздел 3. Технологические модели и интервенции социальных координаторов в организациях здравоохранения**

### **Глава 12. Технологии и интервенции в общей модели социальной координации**

#### **12.1. Начальная фаза работы с пациентом на этапе госпитализации**

- 2.1.1. Основные подходы к коммуникациям с пожилыми пациентами
- 2.1.2. Основные скрининговые модели оценки пациента: отечественный и зарубежный опыт.

2.1.3. Основные модели интервенций и технологий социальных услуг при госпитализации пациента

## **12.2. Средняя фаза работы с пациентом**

12.2.1. Технологии реализации плана интервенций, сопровождения, мониторинга и оказания социальных услуг на средней фазе работы с пациентом

## **12.3. Завершающая фаза работы с пациентом**

12.3.1. Стратегия и практика социального координатора при выписке пациента: зарубежный опыт

12.3.2. Отечественные подходы социальных координаторов при выписке пациента

### **Общие выводы**

### **Вопросы и задания**

## **Глава 13. Технологии и интервенции социальной координации при осложненных ситуациях пациента**

### **13.1. Особенности начальной фазы работы с клиентом**

13.1.1. Теоретические подходы к методам оценки пациента социальным координатором

13.1.2. Специфика оценки в клинической социальной работе

### **13.2. Особенности коммуникаций с пациентами при острых и тяжелых заболеваниях**

13.2.1. Общие подходы к психопатологии старости и влиянию заболеваний на процесс общения

13.2.2. Общие и специальные методы общения с пожилыми людьми при различных заболеваниях

### **13.3. Коммуникативные технологии социального координатора при различных типах взаимодействия**

13.3.1. Организация коммуникаций пациентов с нарушением слуха

13.3.2. Организация коммуникативных технологий иностранным гражданам

13.3.3. Осуществление информирования о госпитализации участника или родственника участника СВО

### **13.4. Технологии содействия социального координатора и служб социальной координации при средних и высоких уровнях риска оказания социальных услуг.**

13.4.1. Технологии содействия размещения домашних животных

13.4.2. Содействие в дальнейшем жизнеустройстве лежачих пациентов, не являющихся жителями Москвы

13.4.3. Технологии организации ухода

### **13.5. Технологии работы социального координатора в мультидисциплинарной команде в ситуации психологической травмы**

13.5.1. Деятельность психолога в мультидисциплинарной команде при работе с психологической травмой

13.5.2. Техника работы социального координатора в ситуации психологической травмы

### **13.6. Особенности выписки пациента при осложненных ситуациях пациента**

#### **Общие выводы**

#### **Вопросы и задания**

#### **Предметный словарь**

#### **Приложения**

#### **ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Приложение к приказу Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы**

## **Предисловие редактора**

Каждая книга имеет свою историю и свою судьбу. Эта особенную.

Началом ее появления можно считать период пандемии Ковид-19 когда всей стране и в частности команде Правительства Москвы пришлось столкнуться с быстрым распространением заболевания и незамедлительно принимать решения по его сдерживанию. Сейчас уже понятно, что принятые меры в крупнейшем мегаполисе мира – в Москве были правильными и действенными. Одним из таких решений стало развёртывание резервных госпиталей, в которых совместно – плечом к плечу – трудились врачи и работники социальных служб.

Решением руководителя Комплекса социального развития города Москвы работники социальных служб в организациях здравоохранения стали оказывать помощь нуждающимся москвичам непосредственно в «красной зоне». Это был кредит доверия, который дал особый результат, ведь с поистине героической работы социальной службы начиналась формироваться технология, принципы, подходы и философия социальной координации, помощь, в основе которой межведомственная практика взаимодействия, в этой команде социальной защиты были и соавторы этой книги Илья Беставашвили, Елена Голанова и Юлия Макарцева.

Поиск, инициатива и энтузиазм, руководителя и команды Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, помноженный на знания, дали определенный результат, и первые оказываемые социальные услуги, постепенно стали складываться в определенную систему, которая сегодня совершенствуется и изменяется в г. Москве.

Рассматривая эту работу в контексте отечественной и мировой помощи человеку, находящемуся в кризисных ситуациях, что описано в теоретических главах, необходимо отметить, что возможно это первая в отечественной истории социальной работы представленная технология, которая имеет национальные корни, простроенная на основе непосредственной практики и находится в постоянном развитии.

Особенность этой книги заключается и в том, что возможно впервые, прежде чем «написать текст для профессионалов и будущих профессионалов», были сделаны научные исследования практиков, социальных координаторов, чтобы выяснить с какими проблемами они сталкиваются, каких знаний и технологий им не хватает, какие представления необходимо расширить, дополнить и сформировать. Именно с этой целью, была привлечена группа «научников», преподавателей Вузов: И.В. Мкртумова, Н.А. Птицына, В.Н. Феофанов, Т. Д. Шапошникова и М.В. Фирсов, которые непосредственно в

«поле», в больницах города Москвы, изучали складывающийся опыт практической деятельности социальных координаторов, что нашло отражение на страницах этой книги.

Особенность этой работы еще и в том, что это пример системных изменений, которые происходят в практике социальной работе. Отрадно то, что бывшие студенты, которые когда-то закончили РГСУ, И. Беставашвили, К. Чулец, сегодня возглавляют и являются одними из авторов технологии социальной координации, нашедших отражение в данном учебнике, можно определенно говорить о том, что «учителя и ученики» вместе писали эту книгу.

В данном учебнике описана одна из технологий социальной работы – работа с пациентами 65+. Много материалов не вошло в книгу, авторами сознательно были выбраны только те аспекты, которые могли быть полезны как студентам, так и практикам.

Сегодня практика социальной координации существенно изменяется в таких направлениях как работа в онкологии, психиатрии, работа с участниками СВО, что потребует своих концептов, исследований и технологий описания. Думается, что это будут последующие перспективные исследования и отечественные пособия, учебники, монографии.

Не претендуя на исчерпывающий ответ на все вопросы социальной координации, мы представляем работу, с которой надеемся будут оформляться новые подходы к отечественной практике социальной работы.

В заключение хотелось бы поблагодарить огромный отряд социальных координаторов, работающих в больницах г. Москвы, которые искренне и сердечно делились своим опытом, сопровождали в работе, отвечали на наши вопросы, принимали участие в исследовании. Их опыт, замечания и «материалы конкретных случаев» легли в основу данной книги.

Понимая всю сложность и дискуссионность представленных материалов, авторы с благодарностью воспримут все замечания и предложения в их адрес, которые послужат в дальнейшем в написании учебников, пособий и программ.



## **РАЗДЕЛ 1. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**

Философия помощи в XX веке претерпевает существенные изменения. Благотворительность оформляется в легитимную профессию, которая охватывает многие страны мира в Восточной и Западной цивилизации, и этот поступательный процесс займет целый век, когда в «профессиональное строительство социальной работы» включатся Россия и страны Восточной Европы, Азии, Африки, Латинской Америки.

В XX веке несмотря на весь гуманистический пафос профессии социальная работа становилась особой формой колонизации сознания. Эпоха западного доминирования, а точнее американского доминирования, будет наблюдаться с начала века в странах Глобального Юга, а затем, после второй мировой войны в виде «психотерапевтического бума», психотерапевтических технологий в Германии, Франции, Великобритании и скандинавских странах.

История показывает, что становление американской модели индивидуальной работы в начале XX века формировалась на основе терапевтической модели З. Фрейда и американского психоанализа, в 30-х годах на основе работ психоанализа О. Ранка и Ш. Ференци, 40-50-е годы на идеях неопрейдизма.

Дальнейшее развитие индивидуальной работы, особенно в новом веке, были связаны с практикой экзистенциального подхода, необихевиоризма, интегративной терапии, с включением терапевтических техник востока, дзен-буддизма, Морита терапии и т.д., которые охватывали все группы населения в течении всего жизненного цикла.

Европейская практика социальной работы, ставшая донором для североамериканской практики помощи в период Второй мировой войны, имеет свои глубокие терапевтические корни социальной работы.

Так, например, во Франции, еще с 20-х годов XX века, в школах социальных работников велась подготовка, на основе концептов М. Ричмонд, терапевтических подходов классического и американского психоанализа. Даже находясь под оккупацией Германии, французская практика помощи подросткам основывалась в своих подходах на терапевтической практике психиатров, которые будут в основе активных методов помощи вплоть до 80- годов XX столетия.

Аналогичная ситуация наблюдалась и в Германии в период Веймарской республики и после Второй мировой войны, с внедрением терапевтических методов в практику

социальной работы, пик которых достигает в 70-х годах, известный как «психо-бум», с внедрением различных «форм терапии» и всего «богатства терапевтических методов».

Не только страны западной цивилизации, но и восточной, такие как, Индия и Китай, первые школы социальной работы, которых появились еще в 20-х годах XX века, вели обучение и развивали теорию и практику на терапевтических основаниях. Эта тенденция продолжается в этих странах и в XXI веке, в контексте «политики деколонизации, девестернизации и коренизации», где терапевтические техники социальной работы получают новый импульс благодаря национальным практикам помощи конфуцианства и дзен-буддизма.

Российская Федерация, вместе со странами Восточной Европы в конце XX века будет также находиться под влиянием американской парадигмы социальной работы. Однако в связи с тем, что Российская Федерация осуществляла полный демонтаж советской системы социального обеспечения влияние было либо косвенным, либо ее проникновение было через европейские модели образования и управления, что создавало в 90-е годы «набор» эклектических подходов, принципов и практических методов.

С середины XX века можно было наблюдать как доминирование западной философии социальной работы в странах Глобального Юга постепенно меняется на подходы коренизации и деколонизации, хотя в отдельных западных и восточно-европейских стран американское доминирование в социальной работе будет продолжаться.

Современные тенденции философии профессионализма сегодня смещаются от глобализма к национальным традициям помощи, ценностям на основе включения мирового опыта социальной работы в систему сложившихся практик государственной и общественной поддержки.

Социальная работа в изменяющемся мире предстает как система разнообразных профессий, которая отражает интересы и потребности различных общественных групп и сообществ, имеющая в своем арсенале многообразие техник, методов помощи человеку в трудной жизненной ситуации, которые постоянно модернизируются в контексте социально-экономических и социально-политических вызовов и трансформаций.

## **Глава 1. Институционализация клинической социальной работы в основных странах глобального Севера**

Развитие клинической социальной работы в границах Глобального Севера, таких стран как США, Великобритания, Германии, Франция было обусловлено более ранними процессами индустриализации, урбанизацией, ростом численности рабочего класса и его обнищания, что заставляло правящие элиты искать механизмы противодействия маргинализации населения.

Таким механизмом в странах Глобального Севера становится профессиональная помощь, социальная работа, которая через систему социальных услуг, позволяла снимать политические противоречия, возникающие в ходе общественного развития.

Социальная работа на каждом этапе становления западного общества в той или иной стране выполняла различные функции от борьбы с бедностью и нищенством, до адаптации индивида к условиям изменяющихся общественных отношений, от интеграции и изоляции, до коррекции и сопровождения. На каждом этапе развития западного общества демографическое большинство, будь то пролетариат, представители среднего класса, пожилые и престарелые, люди с проблемами здоровья и психического здоровья влияли на изменение дискурсов социальной работы, определяя новые практики помощи человеку.

В XX веке профессиональная помощь Глобального Севера развивалась в контексте рыночных отношений, в направлении движения от государственной и общественной помощи к приватизации социальных услуг, индивидуальной социальной работы и личной терапии. Правительства данных стран осуществляли содействие институту социальной работы, однако в нем всегда видели не только институт поддержки, но и институт контроля, институт формирования необходимого социально-значимого поведения не только маргинальных, но и различных социальных групп в интересах правящих элит.

Социальная работа в парадигме философии профессионализма и клинической практики развивалась в контексте микро и макроподходов, диалектику которых определяли проблемы сообщества, такие как достижение равенства, социальной справедливости, обеспечение прав человека.

Пандемия КОВИД-19 заставила изменить подходы к социальной работе с клиентами, адаптировать ее к той или иной форме цифровой и виртуальной поддержке. Неотъемлемой частью практики социальной работы стали веб-консультирование, веб-терапия, предоставление услуг в проактивном режиме с использованием информационных технологий, телемедицины и телеконсультирования. Цифровизация технологий вносит новые коррективы в философию профессиональной деятельности в государствах Глобального Севера.

### **1.1. Становление клинической социальной работы в США**

Социальная работа в США сложилась, как и во многих странах в конце XIX начале XX века.

Однако существенным отличием философии профессиональной помощи в этой стране явился тот факт, что и само понятие «социальная работа», и профессионал «социальный работник» стали идентифицировать направление помогающей деятельности

не в отдельно взятой стране, а в странах Глобального Севера, России, Глобального Юга, а во второй половине XX века во всех странах мира, где оказывалась помощь и поддержка нуждающимся.

### **1.1.1. Социально-исторические условия, определившие становление социальной работы в США**

Осмывая причины стремительного выхода на мировую арену социальных услуг американской модели помощи и доминирования ее в течении многих десятилетий в мировой практике помощи, необходимо отметить ряд особенностей, которые связаны с политическими, финансовыми, научными и практическими подходами в деле поддержке Человеку, нуждающемуся в помощи среди них:

- проведение политики новой филантропии правящими экономическими элитами,
- глобальные социально-исторические и социокультурные факторы изоляции и подходы к «коренизации» населения на основе «американского образа жизни»,
- особенность подходов к клиентам на основе психосоциальных подходов, которые определили клинические дискурсы теории и технологии социальной работы

#### *Политика новой филантропии*

Особенность развития парадигмы социальной работы данного периода, определял не только социально- исторический контекст его с процессами индустриализации промышленности, урбанизации, развитием сети железных дорог, но и появлением «нового обездоленного большинства», пролетариата, который требовал принципиально иных подходов в организации его жизнедеятельности и противодействии его маргинализации.

Классическая благотворительность аристократических классов, которые все более утрачивали свое экономическое и политическое влияние в западном обществе, не только американском, но и европейском, уже не справлялась с негативными тенденциями в виде безработицы, массовой инвалидизации, «формами нового нищенства», когда работающий человека не мог обеспечить свои базовые потребности.

Эти задачи должны были решить приходящие к власти политики и «новые капиталистические элиты», что собственно было реализовано в США на данном этапе в проводимом ими курсе «новой филантропии».

Проводимая политика «новой филантропии» правящей элитой была определена рядом социально-экономических и политических причин.

*С одной стороны*, как считают американские историки Дж. МакДармон и Ж. Буинг, политика «новой филантропия» была своеобразным пропуском вхождения «богатых промышленников» в сформировавшееся «элитарное американское общество». «Новоиспеченное богатство» требовало новых форм установления отношений с аристократическими элитами, определения их места в системе сложившихся социальных норм и ориентиров.

*С другой стороны*, новая финансовая элита, руководствуясь идеями раннего республиканизма и индивидуализма, отдавала предпочтение частной инициативе и религиозным организациям, чем государству, с его громоздкой и не эффективной складывающейся системой социального обеспечения, искренне считая, что эти силы устранят коренные причины социальных проблем в обществе. Поэтому проведение политики «новой филантропии» с их участием давало более эффективно и оперативно реагировать на социальные проблемы в среде пролетариата.

*И третья причина*, была чисто политическая. Известный филантроп Эндрю Карнеги в своей работе «Евангелие богатства» так сформулировал сущность новой филантропической работы, считая, что она, «идеологическое противоядие от социалистических, анархистских, коммунистических, аграрных, однополовых и трудовых протестов против неравного распределения богатства», утверждая, что общему благу лучше всего служить, позволяя таким людям, как он, накапливать и удерживать огромные состояния.

Новая филантропия была своеобразной системой «индивидуальной безопасности капиталов», защищая их благодаря инвестициям в помогающую практику различных общественных движений, которая противодействовала социальной дезорганизации. Поэтому неслучайно программы новой филантропии реализовывались через фонды богатейших промышленников США, таких как фонд Карнеги, Сейджа, Рокфеллера, а позднее Форда. Эта была «американская модель» филантропии, которая дала импульс, а в отдельных случаях финансовую поддержку частным инициативам и общественным организациям.

«Новая филантропия» была, говоря современным языком, инновационная идеология и система финансирования помощи, которая, по мнению ее «архитекторов», изменяя ситуации от дезорганизации к стабилизации, охватывала важнейшие сферы, которые мог контролировать и спонсировать промышленный бизнес: здравоохранение, просвещение, социальную сферу.

В этой связи «новая филантропия» имела не только свое финансирование, а по отдельным статьям превышающее государственное субсидирование социальных программ,

свою идеологию, «кому и как помогать», но она еще явилась прецедентом и импульсом, для активизации «женского движения», которое являлось своеобразным «инструментом» утверждения женщин в сферах социальной элиты.

«Матери-основательницы» были частью этих процессов, они в «потоке социальных инициатив» «переструктурировали» свою деятельность, так, например, и Дж. Аддамс, и М. Ричмонд, отходя от конфессиональных идеологов в своей деятельности, перестраивали практику помощи в дискурсах социальных и гуманистических подходов.

Правящие финансовые элиты определяли развитие филантропии и на стадии ее профессионализации, оформления социальной работы. Одни направления деятельности финансовые фонды в этот период поддерживали, другим активно противодействовали.

Так реформистские подходы С. Паттена, выступавшего с идеями преобразования общества через практику социальной работы, открывшего первые научные общества социологов, в том числе и социальных работников, согласно исследованиям, американского историка А. Коутса, подвергались критике и гонениям, со стороны фонда Рассела Сейджа, что приведет к тому, что практически до 80-х годов XX века вклад этого практика в развитие профессии будет забыт и не востребован. Тогда как, идеи и техники по «социальной адаптации» М. Ричмонд тот же фонд не только будет поддерживать, но и спонсировать не только ее исследования, но и выпуск, а также распространение ее книги «Социальные диагнозы» в США и в странах Глобального Севера.

Не без поддержки американских финансовых элит метод социальной работы со временем, индивидуальный метод работы, получил широкое распространение, стал основным как в теории, так и на практике не только в США, но и во многих странах мира.

Американские фонды будут спонсировать не только деятельность социальной работы в пределах своего государства, но и оказывать влияние через практику обучения в начале XX века и в других национальных государствах, в том числе и на международной арене, остановимся только на нескольких примерах.

Так, например, при финансовой поддержке фондов миссии Рокфеллера в 1919-1922 годах, во Франции социальными работниками и медицинскими сестрами, которые были обучены в США, были внедрены методы «социальной гигиены» на фабриках и заводах среди женщин-работниц.

Через общественные и религиозные организации, которые также финансировали американские фонды промышленников, американской модели обучения социальной работы внедрялись на Востоке, например, в Китае и Индии.

Первая международная конференция социальных служб в Париже 1928 году, на которой приняло участие 1033 делегата из многих стран мира, в том числе и из Советской

России, была проведена в основном на средства американских фондов. Одним из решений конференции было принятие рекомендаций по включению в практику мировых социальных служб американской модели «индивидуальной работы со случаем» М. Ричмонд.

Прагматическая и агрессивная политика американских финансовых элит позволила, не смотря, на внутренние профессиональные противодействия, утвердить метод индивидуальной помощи как базовый в технологии социальной работы.

*Социально-историческая изоляция*, еще один из факторов, позволивших развитию теории и практики социальной работы. Помогающая практика в США не имела свой многовековой истории это была как ее слабость, так и в этом были ее преимущество.

Как пишут историки социальной работы в США, государство не имело опыта столетней борьбы с профессиональным нищенством, ни с последствиями массовых пандемий, которые охватывали Европу. Однако передовой европейский опыт деятелями благотворительности включался в американскую практику помощи с учетом тех ошибок, которые были допущены в континентальной Европе, причем к благотворительной деятельности подключались как состоятельные слои населения, так и простые «городские обыватели».

Необходимо отметить, что в данный период профессиональные организации и благотворительные общества мирян достаточно быстро реагировали на социальные патологии, возникающие в результате последствий гражданской войны.

Так по инициативе частных благотворителей появляются учреждения для детей-сирот и подростков, и если в середине XIX их было 75, то в конце века более 600, в которых могло находиться на попечении от 50 до 2000 детей. Развивались программы работы с беспризорными детьми, которых селили в фермерских хозяйствах, так только из одного Нью-Йорка за 25 лет работы программы было направлено в семьи фермеров более 50 тыс. детей.

Проблем, связанных с миграцией, решались через организацию работу в поселениях, в которых были задействованы ресурсы населения проживающих в коммьюните и ресурсы благотворительных и профессиональных организаций, а также частных фондов, с 1890-е годы по 1910 году таких поселений в США насчитывалось свыше 400.

С другой стороны, деятели благотворительности были достаточно мобильны и широко использовали европейский опыт из различных стран, которые они посещали с целью изучения передовой практики. Европейский опыт они не только изучали, но и оперативно внедряли в свою практическую деятельность. Например, в американских технологиях поселения использовался опыт Л. Толстого и его практики работы с детьми в Ясной Поляне, был внедрен английский опыт поселений О. Хилл, немецкий опыт

территориальной помощи г. Эльберфельда, опыт справочного бюро французской модели помощи, в практике подходов бюро Фримена и т.д.

Активно перенимался опыт воспитания детей и подростков из Франции, Швейцарии, организации опыта психиатрической помощи. И если в Европе «венский психоанализ» буквально «пробивал» себе место в практике психиатрического лечения, то в США передовые технологии психоаналитического подхода находили своих последователей не только в учреждениях психиатрии, но и в благотворительных организациях социальной работы, социальных агентствах, учреждениях для детей и взрослых, и даже в «университетских аудиториях».

Необходимо отметить, что из-за социально-политических, военных событий, Первой мировой войны, Второй мировой войны, происходящих на территории Европы и России мировой центр институционализации социальной работы, постепенно переместился с континентальной Европы в Соединенные Штаты Америки.

Динамике развитию как теории, так и практики социальной работы способствовали не только «новые филантропы» в «лице фондов» крупнейших промышленников США, поддержки правительства, что не было в европейских странах, а также иммиграция ученых из Европы начиная с 30-х годов.

Иммиграция ученых была вызвана оккупацией нацистской Германией стран, где было невозможно продолжать работу на основе гуманистических, социалистических, конфессиональных, экзистенциальных подходов, поскольку на оккупационных территориях стала доминировать идеология фашизма, человеконенавистнического отношения ко всем иным проявлениям мысли и образа жизни, а в процессах помощи стала господствовать расовая модель социальной работы.

В этой связи, можно отметить, что в 30-е годы из Европы иммигрировали в США, спасаясь от нацистского режима, такие известные ученые как А. Адлер, К. Хорни, Т. Райк, В. Райх, Ф. Александер, Э. Фромм, Фрида Фромм-Райхман, О. Ранк, Т. Адорно, Б. Бюлер, Ш. Бюлер, М. Вертгеймер, В. Келер, К. Коффка, К. Левин, Х.Т. Химмельвайт, деятели культуры такие как Томас Манн, Бертольт Брехт, Зигфрид Кракауэр и Герберт Маркузе, всего около 30 тыс., европейских интеллектуалов, которые внесли существенный вклад в развитие как американской, так и мировой практики помощи.

Например, психоаналитические подходы и методы кратковременной терапии О. Ранка, дали импульс для развития функционального подхода индивидуальной работы. Работы А. Адлера, Э. Фромма, К. Хорни повлияют на становление психосоциального направления социальной работы. Не только психологи, но и деятели культуры внесут свой вклад в развитие моделей социальной работы согласно свидетельствам, Х. Перлман, не



мало идей, которые вошли в ее подход метод решения проблем, она взяла из работ писателя Т. Манна, например, представление о проблеме как как схеме, ««болезнь - это чистая схема, важно так это, то к чему она присоединилась»».

Такие европейские теоретики социальные работники из Германии как А. Соломон, Г. Конопка и другие исследователи, на протяжении ряда лет будут работать в американских университетах и социальных центрах, тем самым существенно повлияют на изменение теоретических и практических дискурсов социальной работы, программ подготовки профессионалов, работы с индивидуумом и группой.

«Поток представителей европейских научных школ», встретившись с «поток» американской научной мысли и практической деятельности в области социальной помощи дали тот импульс для развития мировой социальной работы, синергетический эффект от которого ощущался в последствии во многих странах мира, в том числе и в 90-е годы в Российской Федерации, когда оформлялся данный вид познания и общественной практики.

#### *Особенность клиента в теории и практике социальной работы*

Выше мы уже говорили о том, что изменение парадигмы помощи было связано с появлением нового типа клиента – пролетариата, положение которого находилось в кризисной ситуации, не смотря на трудовую занятость.

Развития экономики, производства, транспорта, городов в США привлекла многомиллионную армию труда из различных стран мира. По мнению историка рабочего движения Дж. Барретта, рассматриваемый период было привлечены трудовые ресурсы из 40 стран мира. Основной задачей правящих элит данного периода было не только решение экономических проблем, связанных с развитием промышленного производства, но и «американизацией» мигрантов к ценностям сформировавшегося общества.

Проблема была вызвана еще и тем, что не только этнический, но и социальный состав мигрантов был различен. И если одни из них, например, выходцы из Восточной Европы и Латинской Америки, проживая в трущобах того же Чикаго позитивным считали возможность иметь работу, даже за счет продолжительности рабочего дня в 12-14 часов, исключая выходные, то представители другой части пролетариата, проживавших других районах того же Чикаго, стояли на других позициях.

По исследованиям Дж. Барретта, многотысячный немецкий пролетариат имел совершенно другое мировоззрение, чем пролетарии других стран. Образуя многотысячные общины и поселения, они выступали за 8-ми часовой рабочий день, за предоставление гарантий, политические и социальные свободы.

Это был «мир интеллектуалов, которые могли цитировать Гете и Шекспира, так же легко как Маркса». Поэтому не случайно именно в этой среде развивались

социалистические, марксистские и анархические движения, которые вылились в организованные забастовки и стачки.

В конце XIX века они жестоко подавлялись правительством, через расстрелы и судебные процессы, на которых активистов либо приговаривали к длительным срокам заключения, либо осуждали на смертную казнь, путем повешения. После одной из демонстраций чикагских рабочих, жестоко подавленной, мировым рабочим движением, Первым интернационалом, в память об этих событиях будет учрежден праздник Первого мая, День солидарности трудящихся, который под тем или иным названиями: День международной солидарности трудящихся, День весны и труда, День труда, День весны, празднуется по сей день в 142 странах мира.

Столкнувшись с революционной активностью рабочего класса, правящие элиты стояли перед необходимостью искать пути, которые регулировали бы жизнедеятельность пролетариата в обществе. Именно отсюда формируется политика «американизации», включающая в себя формирование у мигрантов американских ценностей, идеалов, изучения ими английского языка и законов, адаптации их детей к образовательным стандартам, требованиям общественного поведения.

Отсюда принципиально иная была стратегия благотворительных сил в США, чем в Западной Европе и той же, Российской Империи рубежа веков и начала века. И если благотворительная работа в Европе была направлена на решение проблем бедности, и помощь бедным была приоритетной задачей, то приоритетами в новой филантропии в США являлись вопросы адаптации личности к американскому обществу. Отсюда стратегия «развития личности», а точнее адаптация личности к условиям жизнедеятельности станет ведущей идеологемой помощи, а технология «работы со случаем» станет основной моделью помощи в практической деятельности, которую поддерживали и лоббировали как профессиональные, так и правящие, и финансовые элиты.

Адаптация мигрантов к условиям жизни в США не ограничивалась только работой с пролетариями - мужчинами, она распространялась на их семьи, детей, соседство, которые образовывали этнические поселения. В сферу внимания благотворительных организаций входил различный спектр проблем от изучения языка и грамотности, до «рациональной организации свободного времени», от проблем здоровья, в том числе психического здоровья мигрантов, до вопросов профилактики девиантного поведения подростков и молодежи. Проблемы «психической гигиены», который включал в себя спектр биопсихосоциальных задач стоял перед деятелями «новой филантропии». По уровню, масштабу и задачам, которые стояли перед деятелями благотворительности они действительно на тот период времени были беспрецедентными.

В этот процесс, особенно до периода Великой депрессии, включились не только правящие элиты и фонды, но и церкви (протестанские, католические, православные, иудейские), гражданское общество.

Алиса Соломон, немецкий классик социальной работы, который анализировала развитие практики социальной работы в начале XX века отмечала, что активность социального реформирования в американском обществе была самой высокой на тот период в мире. Только в одном Нью-Йорке действовало более 2000 национальных институтов и более 1200 местных организаций, деятельность которых была направлена на «развитие личности», т.е., американизацию мигрантов и их семей, где приоритетной технологией являлась социальная работа управления случаем.

Именно эти подходы и установки сформировали установки на доминирование в практике социальной работы технологий «терапии души», несмотря на то, что практика «терапии бытия» через организацию жизнедеятельности работы в поселениях, работа с группами также имела широкое распространения. Однако даже с распространением в 20-х годах социальной групповой работы, теоретически и практически она рассматривалась как определенная модель индивидуальной работы со случаем вплоть до 60-х годов XX века.

Но несмотря на то, что технологии работы с клиентами имели различную и технологическую и организационную направленность, но все они выполняли функции социального контроля, и были направлены на ассимиляцию мигрантов к американскому образу жизни, ценностям среднего класса.

Рассматривая развитие философии профессионализма применительно к развитию помогающей практики в США, можно сказать, что первоначально с начала века в основных своих тенденция она развивалась как индивидуальная работа со случаем, в дальнейшем во второй половине XX века и в новом столетии будут преобладать направления клинической социальной работы, которые определяют своеобразие американской парадигмы поддержки.

Исходя и данных подходов философию профессионализма можно обозначить на следующие основные этапы:

- 1900 по 1920-е годы, когда доминировали медицинские подходы и классического психоанализа, в практике работы социальных работников в социальных агентствах и психиатрических учреждениях,
- 1920- 1940 г.- развитие психоаналитических подходов О. Ранка в практике социальной работы в агентствах и классического психоанализа в клинической социальной работы,

- 1940 по 1960 г. развитие психосоциальной работы в агентствах и клинической социальной работы на основе подходов неопрейдизма,
- 1960-2020 – развитие различных направлений практики социальной работы,

### 1.1.2 Социальная работа в дискурсах медицинских и психодинамических подходов в 1900-1920 гг.

#### Оформление

психоаналитических подходов в практике социальной работы происходило как через

психиатрические учреждения, при расширении и перепрофилировании медицинских сестер в социальных работников, так и при внедрении методов психоанализа в практику социальных работников при работе с индивидуальным случаем в социальных агентствах.

С начала XX века социальная работа охватывает различные сегмента рынка труда, особенно интенсивно она проникает в здравоохранение и психиатрию. Как, считают исследователи, одними из первых практических работников в области психического здоровья были сотрудники Массачусетского генерального госпиталя, который возглавлял доктор Р. Кэбот, который не только определяет деятельность социальных работников в данном учреждении, но и организует их подготовку в колледже Симонса. В процессе своей практики Р. Кэбот приходит к выводу, что в основе болезни лежат не только факторы здоровья человека, но и социальные, и психологические проблемы. В связи с чем, с точки зрения ученого, восстановление здоровья невозможно без учета «несоматических факторов», условий жизни.

Как пишут исследователи, его к этой идеи подтолкнула практика в поселениях Дж. Аддамс, с которой он долгие годы сотрудничал. Пройдя курс подготовки в Гарварде по проблемам социальных реформ, он продолжил свою деятельность в Бостонском обществе помощи детям, в котором в последствии стал его директором. Именно в этой организации он познакомился с методом «case conference», межпрофессиональном совещании, позволяющим всесторонне подходить к той или иной проблеме. Именно этот метод, позволил ему сформулировать, как мы бы сказали «принцип дополнительности», в помогающих профессиях».



Ученый считал, что для медицины характерен эмпиризм, при этом врачи игнорируют социальные и психологические факторы здоровья, тогда как для социальной работы характерна широта подходов, но они «слишком полагаются на благие намерения». В этой связи, с позиций Р. Кэбота социальная работа должна быть более научной и системной. Однако он видел полезность каждой из областей друг для друга, когда они дополняли в процессе лечения пациента.

Р. Кэбот нанимает в свою клинику социального работника, который должен был выполнять следующие основные функции:

- критиковать, помогая социализировать медицину,
- выступать в качестве переводчика между врачом, пациентом и семьей,
- предоставлять информацию о социальных и психических факторах.

Рассматривая социальных работников как «переводчиков медицинской информации» для пациентов и их семей, он писал: «Социальный работник ... может заверить пациентов в том, что с ними делается и будет делаться в будущем. Больше некому объяснять; в больнице нет другого человека, чье главное дело - объяснять вещи».

Он считал, что социальные работники лучше всего подходят для роли информаторов, объясняющих подходы к лечению для конкретного пациента, поскольку медицинские сестры «утратили свои притязания на профессию, позволив себе стать простыми исполнителями предписаний врача». Определяя компетенции социального работника в медицинской сфере, в центр их деятельности ученый поставил «диагностику», экспертизу в области

### Связь больничной социальной службы с работой по охране здоровья детей (1921)

Медико-социальный работник, прикрепленный к детскому отделению или клинике, если он является квалифицированным социальным работником, восполняет пробел, возникший в результате специализации и организации медицинского обслуживания. Она специалист, обладающий знаниями и навыками в социальной работе, который знает сообщество, из которого происходят пациенты, образ жизни, работы и развлечений семей, ресурсы для образования, для защиты здоровья и порядочности и нормальной семейной жизни. Она знакома с методами и стандартами других специальных социальных учреждений, с организацией сестринского дела общественного здравоохранения и поэтому может использовать эти ресурсы для обслуживания пациентов больниц. Как органичная часть персонала больницы, она выполняет функцию, которая признает истину о том, что медицинская помощь, чтобы быть эффективной, должна лечить «не только болезнь, но и человека», которым в нашем нынешнем рассмотрении является ребенок. И не только ребенка, но и родителей и тех, кто несет жизненно важную ответственность за образ жизни и образ мышления этого ребенка. Социальный работник вносит свой вклад в медико-социальную диагностику и, тесно сотрудничая и сотрудничая с врачом, стремится обеспечить социальное лечение, которое поддерживает и делает эффективным план лечения врача.

**Ида М. Кэннон**

психического здоровья», а также «лечение характера пациента в трудных жизненных ситуациях».

Безусловно можно найти влияние идей и медицинских подходов Р. Кэбота в становление теории социальной работы М. Ричмонд, на работах которой мы остановимся ниже.

*С одной стороны*, есть прямое указание М. Ричмонд на пересечение данных концептов. В 1912 году Ричард К. Кэбот пишет книгу «Дифференциальный диагноз», где излагает свое видение работы в учреждениях здравоохранения, с привлечением в них социальных работников. В 1917 году М. Ричмонд пишет книгу «Социальный диагноз», которая построена на основе «медицинского подхода», что на долгие годы «диагностический подход» М. Ричмонд в профессиональном сообществе будут рассматривать исключительно как медицинский подход.

*С другой стороны*, можно отметить, что М. Ричмонд используя «принцип дополнительности» в профессиональном развитии Р. Кэбота, считала, что «медико-социальное движение, оказало значительное влияние на рутинную деятельность социальных служб, предложив им более четкое определение «здоровья» в непосредственной связи с социальным благополучия». Включив в исследования социальной работы, о котором писал Р. Кэбот, не только «медицинское», но и «судебное» (правовое), «психологическое» направление, они существенным образом, по мнению М. Ричмонд изменили подход к «патронажной службе».

*С третьей стороны*, метод «case conference», М. Ричмонд творчески переосмысляет, изменяя его методологически и понятийно, наполняя метод «case work», индивидуальной работы междисциплинарными подходами из различных социальных и гуманитарных областей познания.

Рассматривая современную зарубежную практику социальной работы в медицинских организациях, и складывающиеся отечественные подходы социальных координаторов необходимо отметить, что описанные тенденции не потеряли свою актуальность по базовым параметрам и в настоящее время.

Социальная работа в этот период «заходит» не только в здравоохранение, но и в психиатрию. Начало этой практики было положено в 1904 году благодаря психиатру А. Майеру, работавшему в государственной больнице Манхэттена. 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 психиатрическое учреждение, была Х. Хортон, начавшая свою деятельность - в 1909 году.

Однако, как считают исследователи, пионером ранней клинической психиатрической помощи необходимо считать М. Джаррет, директора отдела социального обслуживания Бостонской Психопатологической больницы.

В 1918 году она разрабатывает программу восьминедельной подготовки социальных работников, чтобы оказывать помощь психиатрическим больным, а в 1919 году эта программа преподается в колледже Смита. Именно М. Джаррет вводит понятие психиатрический социальный работник, и она стояла у истоков основания американской Ассоциацией психиатрических социальных работников.

В 20-х годах открываются отделения детской психиатрической помощи под патронажем Фонда Содружества, частного фонда, активы которого к тому времени составляли 53 млн. долларов. Социальные работники выступали в качестве посредников между детьми, с проблемами психического здоровья и родителями. В ситуации, когда специализированных детских психиатров не хватало для оказания психиатрической помощи, социальные работник постепенно замещали их, особенно там, где необходимо было решать социальные проблемы.

Именно в этот период классик американской социальной работы М. Ричмонд активно участвует в этом движении не только на уровне организационной, но и образовательной, и теоретической деятельности.

Развивая концептуальные подходы к социальной кейс-работе, она разрабатывает практические подходы как к отдельному человеку, так и к семье в целом. Особенно актуальными данные разработки становятся после Первой мировой войны, когда М. Ричмонд начинает обучать работников домашней службы Красного Креста, оказывающих социальные услуги в сельских поселениях и малых городах ветеранам, страдающих от контузий и психических расстройств.

Социальные работники столкнулись с новыми массовыми проблемами, которые определялись, не столько с адаптацией мигрантов, сколько с психологическими и неврологическими проблемами. Эта деятельность послужила тому, что в 1918 году М. Ричмонд при колледже Смита открывает Школу социальной работы, выпускники которой обучались кейс-работе с клиентами, имеющими психосоматические и психотические проблемы.

#### *Американская версия психоанализа в практике социальной работы первого периода*

Прежде, чем дать краткое описание использование психоаналитических идей в теории и практики социальной работы первого периода, на примере подходов М. Ричмонд, необходимо сделать предварительные замечания.

Необходимо отметить, что классический вариант психоанализа З. Фрейда в «чистом» виде не был реализован психиатрической практике в США, а был модифицирован в различных его направлениях, что найдет свое отражение в теории и практике социальной работы.

Данная тенденция будет формироваться благодаря критическому осмыслению метода в психологическом познании, и в частности благодаря работам американского психолога У. Джеймса. «Критический анализ» работ З. Фрейда предпримут и американские психиатры, которые также не по всем позициям были согласны с учением З. Фрейдом, особенно по таким вопросам как сексуальность, Эдипов комплекс, проблемы бессознательного.

Как тому же, по мнению С. Гиффорда, в этот период для научной общественности были интересны различные подходы к психоанализу, а не только концепция его основателя, тем более, что многие неврологи прошли стажировку в Европе у А. Адлера, К. Юнга, Ш. Ференци. Поэтому не случайно, когда Г. Холл, «отец американской педологии» приглашает З. Фрейда на празднование годовщины университета Кларка в США в 1907 году, где предполагалось его выступление, то аналогичные приглашения получили и психоаналитики и Ш. Ференци, и К. Юнг разногласия к подходам психоанализа, между которыми были уже известны мировой научной общественности.

Необходимо отметить, что американские психоаналитики занимали свою позицию как в вопросах психологии личности, так и в лечении, несмотря на то, что метод психотерапии З. Фрейда, «модернизируясь» находил свое место в терапевтической практике в психиатрических клиниках и как мы увидим ниже в социальной работе.

Однако необходимо сказать, что метод был популярен в среде специалистов помогающих профессий, и там, где, он представлял интерес, то вводились на его применение определенные ограничения.

Например, известная научная полемика между психиатром А. Флекснером и М. Ричмонд в США, был «типичный конфликт интересов». Американская ассоциация психиатров считала, что только врачи могут применять психоаналитический подход для лечения больных и они никогда не рассматривали психоанализ как отдельную дисциплину, что противоречило подходу З. Фрейда, не считывавшим, что психоанализ раздел психиатрии и медицины, что было одной из причин «напряженных отношений» между ним и американской ассоциацией.

В этой связи, М. Ричмонд следовала больше рекомендациям З. Фрейда, чем американским психоаналитикам, тем самым показав пример другим социальным работникам не только возможности метода в работе со случаями, но это еще был и



профессиональный прецедент, когда технология метода реализовывалась самостоятельно, без «надзора врачей и психиатров». Именно опыт М. Ричмонд в последующие годы позволит внедрять психоанализ в его различных версиях и Дж. Тафт, и Г. Хамилтон, и Х. Перлман, и Ф. Холлис, и С. Фрейберг и другим «классикам» социальной работы вплоть до конца XX века на основе психоаналитического метода.

М. Ричмонд будет развивать теоретические и практические методы «лечения клиентов», как она называла индивидуальную работу со случаем, используя не только подходы З. Фрейда, но элементы и американских моделей психоанализа различных ее представителей. Практически это был «интегративный подход» к социальной работе, но пока в рамках одного метода.

В таблице 1.1. даны основные представители психоанализа, оказавшие влияние на философию и технологию диагностического подхода М. Ричмонд.

**Таблица 1.1.**

**Представители психоанализа, повлиявшие на становление диагностического подхода М. Ричмонд**

Персоналии	Концептуальный подход	Отражение в диагностическом подходе М. Ричмонд
З. Фрейд	Диагностика: распознавание болезни, возможные варианты лечения, формирование рабочего альянса. Техника работы: работа с сопротивлением, прояснение, интерпретация, проработка. Описание случая чрез описание «индивидуальных историй пациентов».	Диагностика, прогноз лечения. Технология работы с клиентом: сопротивление, прояснение, интерпретация, тщательная проработка. Описание историй клиентов.
Дж. Патнэм	Изучение разума во всех его аспектах, ментальная история, социальные связи.	«Теория расширенного Я», разум как сумма социальных контактов.
Р. Кэбот	Ввел первым в мире социального работника в психиатрическую клинику. Социальный работник патронировал «социальное здоровье» больного. Выделял две большие «отрасли работы с пациентом, которые в медицинской сфере определял, как диагностика и лечение».	Проблемы социального здоровья у клиентов социальных агентств, в том числе и клиентов с психиатрическими заболеваниями. Диагностика и лечение две основные фазы технологии метода индивидуальной социальной работы в агентстве.
А. Мейер	Разум и тело едины, внешние события изменяют поведение. Лечение: консультирование «по здравому смыслу», социальное обслуживание, психотерапия, проводимая в сообществе, постоянный уход в сообществе после выписки из клиники.	Социальная работа – «это использование здравого смысла в бессмысленной ситуации», патронаж, принимать человека таким какой он есть, безоценочное отношение, работа в сообществе.
У. Хилли	Психиатрический подход к делинквентным подросткам. Метод диагностики на основе выслушивания «собственной истории ребенка». Анализ поведения на основе физических, психических и социальных факторов, «правильное установление фактов и их интерпретация».	Диагностика на основе «выслушивания истории клиента». Подход к проблеме клиента на основе физической, психологической, социальной диагностики. Интерпретация ситуации на основе научной теории.

Интегративный подход к психоанализу позволит М. Ричмонд сформировать диагностическое направление в теории социальной работы с индивидуальным случаем будет развиваться в течение нескольких десятилетий и окончательно сформируется к началу 50-х годов, как один из методов директивной практики.

#### *Философия метода*

Миссия социального работника согласно ее подходам реализовывалась в соответствии с его профессиональным предназначением в *коррекции общественных отношений* человека в обществе. С этих позиций, она определяет предназначение профессии социальной работы в социуме.

Полемизируя, как и в дальнейшем ее последователи, с представителями других профессий, она стремится выйти за рамки сложившихся представлений, что профессия должна иметь узкую специализацию. В этой связи, она проводит параллель социальной работы с искусством, которое охватывает различные сферы художественной практики. Искусство не существует в застывших формах и имеет развитие не только в исторической перспективе, но и в реальной повседневности. Многозначность термина «искусство» подчеркивает многообразие форм практики социальной работы, которые направлены на главное «изменение общественных отношений».

В этой связи социальная работа – это «искусство достижения лучшего регулирования социальных индивидуальных отношений мужчин, женщин или детей».

Однако, применяя данную «мифологему» искусство к практике социальной работы, она не только подчеркивает универсальный характер деятельности, но и актуализирует ее индивидуальный, системный характер социальных отношений.

Суть этой системы в том, что «индивид продукт общественных отношений», а отсюда возможно «корректировать» его отношения «на основе сознательных интересов и привязанностей», а с другой стороны возможен и обратный процесс «корректировка социальных отношений путем манипулирования более крупными единицами», средой. И далее она замечает, «социальная работа включает в себя оба подхода; они настолько тесно взаимодействуют, что было бы глупо и неэффективно, если бы ими пренебрегали».

Таким образом в индивидуальной работе со случаем у М. Ричмонд философия помощи находит новую интерпретацию, суть которой, что практика реализуется не в

ситуации альтернативы, воздействия или среды, или изменения личности, а в выборе воздействий одновременных или целенаправленных, в зависимости от индивидуальности случая.

Исходя из системных отношений личность-среда, среда-личность, обозначенных М. Ричмонд определяется философия деятельности социального работника:

- изучение социальных отношений, «посредством которых формировалась данная личность»,
- понимание, на основе анализа, «центрального ядра трудностей», сложившихся отношений,
- использовать прямое действие «ум на ум» к изменениям сложившихся отношений.

Согласно исследованиям скандинавских ученых И. Левин и Э. Энгбретсен философия метода М. Ричмонд не являлась статичной, и она подвергалась постоянным изменениям. И если в «Социальных диагнозах» намечаются базовые подходы к «управлению случаем» взаимодействия ее работе, то окончательно теоретический подход складываются в работе «Что такое социальная кейс-работа?».



Философия метода обретает свои следующие системные компоненты:

- понимание индивида,
- понимание окружающей среды,
- прямые интервенции, «ум на ум»,
- косвенные интервенции, используя ресурсы окружающей среды.

Директивный подход при работе с клиентом акцентировал внимание на понимание индивидуальности клиента, его личной истории. Получение информации осуществляется на основе медицинского подхода, только в основе изучение не анамнез болезни, а социальная история клиента, которая строится на основе «психосоциальных подходов»:

- физическое состояние,
- его характер,
- информация о физической среде, в которой он жил, рос и воспитывался,

- психические и духовные факторы, под влиянием которых этот человек воспитывался и живет сейчас.

В этой связи М. Ричмонд предлагала сосредоточиться социальным работникам вокруг техник работы аналогично врачебной практике. В этом контексте она предлагала проводить исследования привлекая не только медицинские методы, но и «судебные и психологические», а также социальные, причем «природа социальных фактов», должна проверяться, на основании изучения «социального опыта и здравого смысла».

Косвенная социальная работа предполагает изучение не только возможностей, но и ресурсов, которые могут помочь индивиду. В этой связи изучены должны быть и социальные институты, и окружение клиента.

Осуществляя работу с индивидом, социальный работник не должен забывать о своей главной целевой установке, способствовать индивидуальному приспособлению человека к окружающей среде через системные отношения. Философия данных подходов отражена в таблице 1.2.

**Таблица 1.2.**

**Основные аспекты философии кейс-работы М. Ричмонд**

	Директивная социальная работа	Недирективная социальная работа
Понимание	Понимание индивидуальности и личностных характеристик	Понимание ресурсов, опасностей и влияния окружающей среды
	Социальный диагноз План лечения	
Действие	Директивное действие «ум на ум»	Недирективное действие со стороны социальной среды
Цели	Лучшее приспособление человека к окружающей среде. Развитие личности	

Дальнейшая динамика развития диагностического направления социальной работы будет связана с различными концептуальными подходами таких ученых как Л. Халберт, М. Кенуорти, Б. Либби, Г. Хамильтон, Б. Рейнольдс, Ш. Тоул, Ф. Дэй, А. Гарретт.

Как покажет дальнейшая практика социальные работники в дальнейшем будут использовать не только варианты психоанализа, но и поведенческого подхода, гуманистически-экзистенциального, образуя отдельно, и моделируя варианты методов, предлагая различные версии и подходы к решению проблем клиентов.

### 1.1.3. Философия профессионализма в дискурсах психоанализа 1920-1940 гг.

В этот период происходят существенные изменения как подходов к психоанализу в США, так и отражения его в практике социальной работы.

Психоанализ в социальной работе развивался по двум направлениям в традициях, которые обозначила М. Ричмонд, и здесь наблюдается его развитие в логике диагностического подхода, данную традицию продолжает Г. Хамильтон. С работы Г. Хамильтон диагностический метод оформляется в направление психосоциальной работы, который будет иметь свое развитие не только на американском континенте, но и в Европе в 60-80-е годы, где будут определены свои модели практических подходов.

Другой подход, определяли реалии развития мирового психоанализа в потоке, которого находились американские психоаналитики, что изменило подходы к теории и практике социальной работы определив направление функционального метода в индивидуальные работы со случаем.

Как пишут американские исследователи, данный период развития психоанализа был определен главными тенденциями: претенденты должны были пройти обучение по утвержденной программе и проанализированы профессиональными психоаналитиками.

Первое поколение американских психоаналитиков были знакомы с этим методом по книгам, что по решению Международной психоаналитической ассоциацией с 20-х годов считалось недопустимым явлением.

В этой связи американские врачи психиатры, психологи, социальные работники устремились обучаться в Европу. Постепенно в США открываются институты психоанализа в различных городах, где программу ведут европейские психоаналитики такие как П. Шильдер, О. Ранк, Ш. Ференци, П. Федерн, Ш. Радо, Ф. Александер.

Обучение по программам подготовки психоанализа давало право работать с клиентами на основе документов, а также преподавать в образовательных учреждениях. Одними из первых, кто стали «сертифицированными психоаналитиками» стали социальные работники Дж. Тафт и М. Кенурти, последняя стала первой американской женщиной-психоаналитиком, которую приняли в Американскую психоаналитическую ассоциацию.

Поэтому в данный период психоанализ в социальной работе развивается через программы либо обученных американских специалистов, реализующих подходы психоанализа в программах психиатрии, либо через европейских специалистов, которые приезжали на короткие курсы как Ш. Ференци и О. Ранк.

*Философия психосоциальной работа со случаем в рамках традициях диагностического подхода*

Развитие психосоциального подхода в теории социальной работы будет развиваться в период «психиатрического потопа». Социально-историческая ситуация складывалась таким образом, что с одной стороны, разнообразие подходов психоанализа приводило к теоретической неопределенности работы со случаем. С другой стороны, в обществе при высокой статусности профессии врача и психиатра, приводило к повышению статуса психиатрических социальных работников, их принадлежность к психиатрии, снижало статус других направлений практики социальной работы, такая ситуация создавала опасность поглощения социальной работы другими профессиями, в частности



РИС. 1.3. КОНЦЕПТ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ Г. ХАМИЛЬТОН

медицинскими.

В этот период появляется работа Г. Хамильтон «Теория и практика социальной работы со случаем», которая определяет не только новые возможности использования психоанализа З. Фрейда в профессиональной работе, но и определяет особое направление теории и практики, которое не ограничивается применением этого метода только в рамках здравоохранения.

В предисловии к своей работе она четко обозначила две позиции, что:

- работа является продолжением диагностической школы,
- в основе подхода помощи клиентам лежат теоретические подходы З. Фрейда.

Позиционируя свой подход к диагностическому методу, она рассматривала диагноз в контексте подходов «новой психологии». Диагноз «своего рода конфигурация или гештатльт», назначение которого «лечение клиента», однако при этом «ситуация имеет индивидуальность», что и определяет «кейс-работу» как искусство. В этом контексте Г. Хамильтон по-своему интерпретирует идеи М. Ричмонд о работе со случаем, ни как технологии, а как индивидуальное «творческое прочтение» ситуации клиента.

Г. Хамильтон диагностику рассматривает не только как определенную гипотезу, но и процесс, который осмысливается в течении всего терапевтического процесса. При этом диагностика имеет определенные технологические составляющие среди них важнейшими являются:

- осмысление «взаимодействия внутреннего и внешнего опыта» клиента,
- соотнесение этого опыта с концепциями, на основании фактов которых должны формироваться выводы и интерпретации,
- затем определяется, в соответствии со случаем, «теория причинно-следственных связей», определяется и классифицируется «проблемный случай»,
- на основе диагностики устанавливается процесс лечения.

Другим отличием от М. Ричмонд, при работе с клиентом Г. Хамильтон больше использует технологии З. Фрейда, переносит все четыре базовых аспекта психоаналитического подхода: перенос, защиту, сопротивление, интерпретацию, что не было в подходах «матери –основательницы». Вот этот синтез подходов М. Ричмонд и З. Фрейда в дальнейшем определяется исследовательницей как специфический подход - психосоциальный метод работы с клиентом.

### *Философия метода*

В основе подхода лежит «непосредственный метод работы с клиентом», отдельными лицами и семьями, и данный метод отличается от административной и политической работы на макроуровне.

В основе социальной терапии, а не психотерапии, средовые факторы и интрапсихические факторы являются предметом анализа, диагностики, которые рассматриваются в динамическом единстве. Она вводит понятие, которое становится базовым конструктом не только анализа, но и технологии работы, которое она определяет, как «человек-и-ситуация». Эта конструкция определяет особенности взаимодействия

человека и окружающей среды, взаимодействие которых происходит на основе интрапсихические и внешних, обусловленных средой факторов, что определяет предметную область социальной работы.

Г. Хамилтон рассматривала проблемную ситуацию как внутриспсихический конфликт, в логике подходов психоанализа, в основе которых столкновение мотивов и желаний Ид, которые фрустрируются в результате невозможности их осуществления, из-за внешних или внутренних запретов. В этой связи задачами социального работника являются диагностика существующего конфликта, использование «здоровых аспектов личности клиента», адаптировать его к окружающей среде, либо адаптировать окружающую среду к клиенту.

В отношении клиента должен использоваться комплекс мер поддержки включая консультирование, предоставление ресурсов сообщества, исходя из потребностей клиента, необходимости их удовлетворения.

Г. Хамилтон продолжала традиции диагностического подхода, однако она углубляет подходы к диагнозу, не только на основе теории З. Фрейда, но на основе эго-психологии, теории психодинамики.

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

### ***Функциональный подход в практике работы со случаем***

В 1935 году О. Ранк, после разрыва с Венским психоаналитическим обществом иммигрирует в США, и после приглашения Дж. Тафт, которая обучалась у него психоанализу Нью-Йорки в те же годы, что М. Кенурти, преподает краткосрочный психоанализ социальным работникам.

На основе ранкианской модели психоанализа Дж. Тафт создаст, альтернативный подход социальной работы – функциональный метод.

Функциональная индивидуальная работа со случаем начинает оформляться в период Великой депрессии в 30-е годы в Школе социальных наук Пенсильванского университета.



Во главе этого направления стояли два исследователя Дж. Тафт и В. Робинсон, которые свои походы формировали на основе теоретических и практических психоаналитических подходов О. Ранка. Как показывают исследования немецкого ученого Ханс-Петер Хекерена, принципиальным отличием подходов «школы Пенн» являлось то, что представители данного направления использовали методы психотерапии, а не социальной терапии, которые были распространены в тот период в практике социальной работы.

#### Философия метода

В теории функционального подхода большое внимание уделяется пониманию функционального социального изучения условий жизни клиента. Социальное изучение условий жизни — это специфический метод познания, в котором принимает непосредственное участие клиент через процесс отношений социального обслуживания, а основной целью является индивидуальное и социальное благосостояние индивида. Социальное изучение условий жизни осуществляется в процессе взаимодействия социального работника и клиента и основывается на принципах, которые отражены в таблице №1.3.

Таблица №1.3.

#### Основные принципы изучения жизни клиента

<b>Принцип 1</b>	Понимание осуществляется наиболее эффективно в процессе социального обслуживания при обязательном участии клиента
<b>Принцип 2</b>	Эффективность любой стадии процесса социальной работы зависит от использования стадий времени взаимодействия социального работника и клиента (начала, середина и окончание)
<b>Принцип 3</b>	Необходимо использовать функции агентства и профессиональных ролей социального работника
<b>Принцип 4</b>	Сознательное использование знания структуры процесса взаимодействия, поскольку это связано с развитием, функционированием и эффективностью всех социальных процессов работы
<b>Принцип 5</b>	Эффективность всех стадий социальной работы зависит от отношений, которые складываются между социальным работником и клиентом, они влияют на выбор и решения, выполнение поставленных целей в пределах предполагаемого социального обслуживания

Функциональная школа в работе со случаем принципиально отличалась от методов, которые были распространены в данный период в практики социальной работы. Среди принципиальных отличий необходимо выделить ту особенность, что, следуя установкам О. Ранка, терапия работы с клиентом была краткосрочной и ограничивалась 12- 15 сессиями, а не как, например, психоаналитическая терапия могла длиться месяцами и годами.

Рабочий альянс, который выстраивался между социальным и работником, фокусировался на ситуации «здесь и сейчас», определялся особенностью случая, при этом помощь осуществлялась на основе «частичного подхода», только на актуальных для клиента проблемах.

Диагноз не является в функциональной школе основанием для осуществления терапии, он появляется и изменяется в процессе взаимоотношений между терапевтом и клиентом. При этом дифференциальный анализ определял краткосрочные и долгосрочные цели работы с клиентом. Необходимо отметить, что опыт клиента в функциональном подходе рассматривался и осмыслялся только в рамках агентства, которое являлось условием его личностного изменения.

В функциональном подходе клиент являлся доминантой изменений, социальный работник только помогал ему организовать процесс модификаций, помогая получать новый социальный опыт, при этом внешняя структура процесса изменений: агентство, правила, терапевтические ограничения и т.д., имели большее значение, чем сводный от ограничений процесс.

В функциональном подходе клиенты моделируют свой опыт, на основе своих уникальных возможностей и способностей, формируя при этом свои собственные нормы и ценности.

#### 1.1.4. Философия профессионализма в дискурсах неотрейдизма в 1940-1960-годах

Как считает американский психолог С. Гиффорд начиная с 40-х годов в среде психоаналитиков происходит «идеологический» раскол, где не последнюю роль начинают играть иммигрировавшие из Европы такие аналитики как К. Хорни и Э. Фромм, а затем примкнувших к ним Г. Салливан, Ф. Александер и А. Кардинер.

К. Хорни и Э. Фромм столкнулись в своей практике с тем, что невротические конфликты у американцев имеют другие основания, чем у европейцев, и не последнюю роль здесь играют социокультурные факторы, а не инстинкты, как было описано у З. Фрейда.

Социальная обусловленность конфликтов позволило исследователям рассматривать психоанализ в контексте с другими областями познания, от социальных наук и литературы, до «физиологии сна и подведения животных».

Как пишут исследователи, противостояние в американском психоаналитическом обществе было между теми, кто отстаивал «классический психоанализ», и теми, кто примкнул к «неотрейдизму». Практически это разрушало традиции американского подхода к психоанализу, когда метод «принадлежал» только врачам. Новая ситуация позволила обучаться психоанализу и тем, кто не имел отношения к медицине. Так, например,

известный социолог Т. Парсонс прошел полный курс аналитического обучения, и даже стал членом Бостонского психоаналитического общества.

Между тем можно наблюдать, как снижается в это период интерес к психоанализу и это было связано с рядом причин.

*С одной стороны*, психоаналитическое лечение было дорогостоящим и длительным, что на определенном этапе американской экономики не могло больше покрываться страховкой, что резко сократило число пациентов.

*С другой стороны*, развитие практик эго-психологии, «психосоматических методов» терапии, особенно при работе с детьми и подростками, становилось новым вектором развития психотерапевтических технологий помощи.

*С третьей стороны*, в данный период, новых психоаналитических теорий и подходов, как это было в 20-30-е годы, просто не наблюдалось. Как свидетельствуют специалисты, не малую роль особенно в 50-60-е годы этому послужили процессы деинституционализации, когда происходит развитие фармакологических подходов к лечению психиатрических заболеваний и методы медицинской психотерапии становились вторичными по отношению к медикаментозному лечению.

Вместе с тем, практика клинической социальной работы обогащалась как психоаналитическими подходами, так и другим методами психотерапии, «построенных на психоаналитических подходах».

Как писала Нэнси Томас, американский психолог, не малую роль в развитии психотерапевтических методов в социальной работе послужили рост психиатрических пациентов после Второй мировой войны, участников военных действий.

Согласно статистики в 1946 году было зафиксировано около 44 тыс. таких пациентов. Поэтому то количество психиатров, которое было на данный момент просто не могло оказать помощь всем нуждающимся. Сложившаяся ситуация позволила не только социальным работникам, но и психологам, а также медицинским сестрам включиться в оказание «психиатрической помощи» на уровне индивидуальной работы, групповой работы и консультирования.

Правительство в послевоенный период нашло возможность не только субсидировать «психиатрическую помощь» не психиатрами, но и открыть программы по их профессиональной подготовке.

Конфликта между психиатрами и социальными работниками, как отмечают исследователи, не наблюдалось в этот период, в отличие от ранних этапов развития практики помощи, по нескольким причинам:

- социальные работники в большей степени опирались на психологию эго,

- они не работали с процессами бессознательного,
- профессионалы осуществляли поддержку на уровне индивидуальной и/или групповой работы.

После объединения в 1955 году различных направлений социальной работы в единую ассоциацию происходит объединение всех практических методов, наработанных в практике. В этой связи психоаналитическое направление индивидуальной работы со случаем становится «достоянием» применительно ко всем группам клиентов и всем направлениям деятельности, а не только к клиентам с психиатрическими заболеваниями.

Практика включения психоанализа в индивидуальный метод работы со случаем, позволило социальным работникам использовать техники и методы помощи из других областей, в частности из практической психологии и немедицинской терапии.

В первом случае, социальные работники отталкивались от работ К. Роджерса, который был активным критиком медицинской модели терапии, и они «берут на вооружение» его клиентоцентрированную терапию. Правда здесь необходимо отметить, что К. Роджерс свою профессиональную карьеру начинал как социальный работник, и в его методах работы нашли отражения как подходы М. Ричмонд (прямой и косвенный метод лечения), так и О. Ранка (терапия отношений, краткосрочная терапия), которого кстати он считал одним из терапевтов, повлиявшим на становление его метода.

В другом случае, комбинации психоанализа и поведенческой терапии, предложенные психоаналитиком и клиническим психологом А. Беком, обосновавшим подход когнитивно-поведенческой терапии при работе с депрессивными клиентами, с одной стороны будет использоваться в практике социальной работы как помогающий метод, а с другой окажет влияние на оформление «задаче-ориентированного метода» индивидуальной работы, предложенного Л. Эпштейн.

А. Бек, отталкиваясь от идей К. Хорни, А. Адлера, А. Эллиса, А. Бандуры и других психологов, практически вернул метод помощи «терапию словом» при работе с депрессивными клиентами, который согласно проведенным исследованиям по эффективности приравнивался к медикаментозному лечению, например, лечение имипрамином, распространенному антидепрессанту.

В дальнейшем когнитивно-поведенческая терапия была не только адаптирована для представителей различных культур, разного уровня образования, социальных групп, но ее профессиональные программы широко используются в социальной работе в школах, социальной реабилитации заключенных, групповой и семейной практике.

Внедрение методов помощи на основе немедицинской терапии позволило социальным работникам не только расширить свой «помогающий репертуар технологий», но конкурировать с представителями других профессий в реализации помощи человеку.

Психосоциальная модель Ф. Холлис на данном этапе определенным образом завершает этап классических технологий социальной работы этапа модернизма, на основе психоаналитических подходов.

#### *Психосоциальная модель Ф. Холлис*

В 50-60-е годы Ф. Холлис продолжала развивать психосоциальные подходы на основе психоаналитической теории. Однако подход обогащался за счет подходов эгопсихологии, ранкианской теории отношений, теории коммуникаций.

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

Продолжая традиции психодинамического психосоциального подхода Ф. Холлис тем не менее основывает методы работы с клиентом на основе «ранкианской терапии отношений» и «разговорной терапии, где интервьюированию отдается предпочтение. При этом большое внимание уделяется тому как клиент воспринимает реальность, понимает развитие проблемной ситуации, как он оценивает свое поведение, нацелен ли он на улучшение отношений и т.д., все это и другие факторы определили философию метода работы с клиентом.

#### *Философия метода*

Ф. Холлис считала, что личности, 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. Поэтому чтобы обеспечить нормальное

функционирование клиента, социальному работнику необходимо было развить его способность к принятию самостоятельных решений.

Помогающий процесс базируется на основе понимания проблемной ситуации клиента как индивидуальной системы «личность-в-ситуации». В этой конфигурации осмысляются потребности клиента и возникающие проблемы. Проблемы анализируются исходя либо из неадекватного функционирования самого клиента, либо проблемного функционирования окружающей среды, либо исходя из их взаимодействия этих систем.

Система отношений клиента со средой осмыляется как динамическая система, имеющая различные вектора силы, воздействующего на него. В психосоциальной теории Ф. Холлис вводит такие понятия как «внутреннее давление» и «внешнее давление».

Понятия «внутреннее давление " и " внешнее давление " часто используются ей, чтобы описать силы, действующие в пределах индивидуума и окружающей среды.

«Внешнее давление» в психосоциальной работе понимается как **пресс**, а «внутреннее давление» как напряжение.

Понятие "ситуация" употребляется в контексте определяющего проблематику 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 тех людей, вовлеченных в ситуацию и их влияния на жизнедеятельность клиента.

Ф. Холлис выделила четыре базовых технологических процессов 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, как на изменение средовых факторов, так и повышение «стрессоустойчивости» самого клиента.

### **1.1.5. Философия профессиональной практики социальной работы в 1960-2020**

Философия профессионализма на предшествующим этапе характеризовалась не только становлением метода индивидуальной работы, который стал «визитной карточкой» американской парадигмы помощи, но это был сложный процесс за утверждение социальной работы как легитимной профессии.

Проблемы легитимности профессии окончательно снимаются в 60-х годах, когда правящие элиты инициируют программы поддержки людей с проблемами психического здоровья, программами борьбы с бедностью, программы декриминализации молодежи.

Эти программы расширяют практики и технологии социальной работы, индивидуальная работа со случаем «дополняется» технологиями работы с группой, в комьюните, которые становятся «триадой» классических методов социальной работы, которые не только позиционируются в профессиональном сообществе, но и распространяются во многих странах мира.

По сути и работа с группой, и работа в комьюните, в американской практике были известны достаточно давно, групповая работа с 20-х годов, а работа в комьюните, это формализованная работа с населением по месту жительства, которая была известна еще с середины XIX века, более известная как работа в «поселениях». Однако новый виток данные технологии получают благодаря «внедрению» для групповой работы психотерапевтических техник различных теоретических направлений, а не только психоанализа, а для работы в среде, технологий администрирования и методов социальной инженерии, что придали импульс в развитие практики.

Не малую роль в становлении этих методов послужила критика самих социальных работников, которые все дальше отходили от диагностических подходов в практике, а мульти-теоретические и интегративные начинали все больше доминировать в практической деятельности профессионалов.

Национальная ассоциация социальных работников, которая была создана в 1955 году, в результате объединения различных ассоциаций социальной работы, в 1969 году выдвигает определенные требования, которые предполагают, что членами ассоциации могут быть социальные работники, имеющих степень, не ниже бакалавра. Таким образом закреплялся не только статус социального работника, но и программы подготовки будущих специалистов.

Однако в начале 1970 годов, в связи с расширением рынка социальных услуг, «реклассифицировали» рабочие места, что давало возможность не только в негосударственных и государственных учреждениях социальной защиты работать осуществлять профессиональную деятельность без степени бакалавра или магистра. Однако по некоторым направлениям, таким как клиническая социальная работа, работа в здравоохранении сохранялось наличие обязательной степени. Такая ситуация привела к тому, что появляется институт независимого лицензирования социальных работников.

К 90-м годам лицензированные социальные работники получают преимущество при занятии вакантных мест, не только в коммерческих, но и государственных учреждениях.

Изменения в политике социального обеспечения в 90-е годы, реструктуризация департаментов общественного благосостояния кардинально изменило практику социальных работников, особенно в области здравоохранения и психического здоровья, которые перешли на новые схемы управляемой помощи, что повлияло на изменение профессиональной философии.

Большую роль в профессиональной философии в конце и начале нового столетия получают общенациональные стандарты, которые регулируют различные направления деятельности, образования, регулируют отношения с работодателями и клиентами. В своей совокупности они создают различные уровни философии социальной работы.

В начале нового столетия профессиональная философия развивается на междисциплинарной основе, однако ядром образования и практики остается индивидуальная работа, работ с группой и в работа в сообществе.

Философия «решения проблем и служения» направлена на индивидуальную поддержку человеку, оказавшегося в сложной социальной ситуации, и концептуализирована в следующих направлениях:

- основных методах с непосредственного взаимодействия с отдельными лицами/группами/сообществами,
- вспомогательных методы, ориентированных на улучшение предоставления услуг и управления.

Философия профессионализма в начале века менялась под воздействием внутренних и внешних факторов. В этой связи изменялась методология познания, которая включала в себя как сложные социальные проблемы, так и осмысление динамической социальной реальности. В этом контексте познание расширилось за счет различных практик: политических и исследовательских.

Контекст познания изменялся и за счет внешних факторов, которые влияли на динамику подходов профессиональной философии. Так факторы глобализации, коренизации социальной работы определили новые дискурсы такие как

- глобальная/международная практика, ориентированная на развитие человеческого потенциала и социального развития в глобальной среде,
- проблем миграции, беженцев и экологической справедливости,
- контекстно-ориентированные области практики в различных конкретных геополитических и экологических условиях.



Расширение подходов привело к появлению программ по различным уровням подготовки. Так в 2017 году обучение профессионалов осуществлялось по 518 программам бакалавриата, 255 магистерским программам, 84 докторским. Развитие программ в области социальной работы всех уровней и направлений, согласно прогнозам аналитических центров, будет и дальше расти по мере реагирования профессионалов на вызовы и проблемы окружающего мира.

На протяжении более ста лет профессия социального работника развивалась и переосмысливала себя в ответ на быстрые экономические и социальные изменения, сохраняя при этом свое внимание к защите потребностей наиболее уязвимых слоев общества и улучшению их благосостояния. Сегодня социальные работники составляют самый большой процент специалистов, работающих в области психического здоровья и семейных услуг. По оценкам, к 2025 году в США будет работать около 650 000 социальных работников, что более чем на тридцать процентов больше, чем за десять лет.

Несмотря на то, что в американском обществе большая приверженность к программам социального обеспечения, как свидетельствуют исследователи, миссия как и практика социальных работников, сформулированная в Этическом кодексе Национальной ассоциации, остается по-прежнему актуальной, их философская квинтэссенция выражается в следующем: «повышение благосостояния людей и содействие удовлетворению основных человеческих потребностей, уделяя особое внимание потребностям и расширению прав и свобод уязвимым группам населения, угнетаемым и живущим в бедности».

## **1.2. Оформление клинической социальной работы в Великобритании**

Оформление профессиональной и клинической социальной работы в Великобритании имела свои особенности, которые отличают ее от других профессиональных парадигм как европейских, так и мировых.

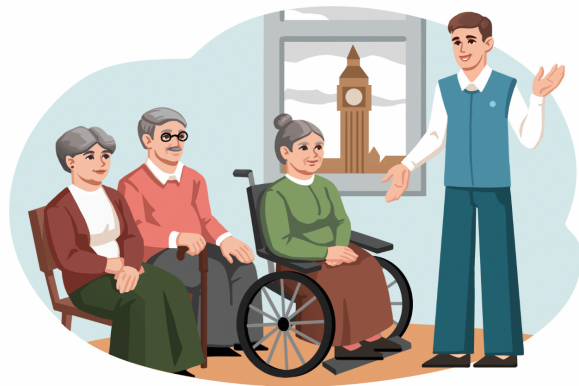
Необходимо отметить, что первые «элементы» профессионального подхода начинали оформляться в Англии на этапе оформления мануфактурного производства.

Елизаветинские законы о Бедных 1601 года определили развитие профессиональных подходов не только в Европе, но и в США, которые будут формировать свою систему социальной защиты, особенно в XVII-XVIII веках на английских законах о бедных.

В период петровских преобразований английское законодательство о нищих будет положено в основу законодательных подходов в области общественного призрения в Российской Империи, что в дальнейшем определит светское законодательство о помощи.

В конце XIX века и начале XX века, Англия играла большое влияние на развитие как практик, так и философии образования в школах социальной работы по всему миру.

Например, американская исследовательница Дж. Адамс, лидер движения поселений в США, перенимает опыт, проходит своеобразную «стажировку» в Англии, в сети учреждений Тойнби-Холл, организованных Октавией Хилл.



Другая, американская исследовательница, основательница клинического направления образования в социальной работе Эд. Эббот, открывшей школу в Чикагском

университете в 1920 году, была выпускницей Лондонской школы экономики. Свою деятельность она посвятила подготовке клинических социальных работников для учреждений здравоохранения. Как считают специалисты, именно она внесла понятия «клиники», а также английские идеологемы, техники и методы работы с клиентами в американскую практику.

В этой связи необходимо отметить, что первые школы социальной работы в Англии готовили своих выпускников не только для своей страны, и стран Глобального Севера, а также социальных работников, которые должны были работать в британских колониях, что расширяло программы подготовки специалистов в начале XX века.

В отличие от европейских стран и стран Глобального Юга британская модель социальной работы, как и американская, не была подвержена резким изменениям, связанных с социально-историческими потрясениями XX века. Первая и Вторая мировые войны не привели к существенным ее трансформациям, что позволяет говорить о эволюционном и поступательном характере становления социальной работы.

Более того необходимо отметить, что существенные изменения происходили на фоне изменения больше внутренних социально-экономических и политических процессов, экзогенных факторов, чем внешних. Политика кабинета министров страны в тот или иной период в Великобритании в XX веке имела большее значение для модификации философии социальной работы, чем внешние влияние или «технологические» заимствования в практике.

В этой связи можно наблюдать, что несмотря на то что, индивидуальная работа со случаем основывалась на принципах психоанализа, но влияние психоаналитика англичанина Дж. Боулби будет больше, чем З. Фрейда. Американские подходы в социальной работе будут распространены в 50-е годы, но они будут больше доминировать в Англии, чем в Уэльсе, Шотландии и Ирландии.

В этой связи необходимо отметить, что развитие теории и практики социальной работы в Объединенном королевстве имели свои существенные различия на ее территориях в Англии и Уэльсе, Шотландии и Ирландии. Они имели как свои традиции, историю, свои подходы к светской и конфессиональной благотворительности, что определяло многообразие форм и подходов к концепциям и методам помощи.

Объединение в единую систему социальной работы, правовую, образовательную и философскую, несмотря на длительный этап ее развития, в Великобритании происходит только в 70-е годы, значительно позднее, чем в американской и европейской практике помощи.

В этой связи, периодизацию профессиональной социальной работы можно обозначить, на следующие периоды:

- донаучный этап оформления социальной помощи в политических дискурсах социал-дарвинизма и коллективизма 1870 - 1900 гг.,
- оформление поддержки нуждающихся в контексте мировых тенденций социальной работы 1900- 1945 гг.,
- становление социальной работы в дискурсах государства всеобщего благоденствия 1945- 1970 гг.,
- профессиональная деятельность в рамках единого подхода в 1970- 2020 гг.

### **1.2.1. Оформление профессиональной помощи в 1870-1900 годы**

Оформление профессиональной помощи в Великобритании было определено теми же социально-историческими процессами, как и во всех странах мира такими как промышленная революция, урбанизация, миграция, рост численности пролетариата. Промышленная революция приносила в британское общество не только «блага цивилизации», но и процессы маргинализации, которые в контексте промышленного развития принимали более масштабные формы, чем в других европейских государствах, что требовало определенных действий как со стороны правительства, так и гражданского общества.

Как считают британские исследователи, правительство страны в этот период «страдало» определенной предвзятостью, что было вызвано сложившимися традициями управления процессами бедности в «викторианскую эпоху».

Философия помощи была достаточно консервативна, считалось что в обществе существовали все условия, для самообеспечения человека, и только его «индивидуальные качества» приводили к бедности и нищенству. Эта философия получает новый импульс для своего развития, когда в британском обществе получили развитие идеи социал-дарвинизма.

Данная индивидуальная философская модель оформляется в конце XIX века, и она формировалась под влиянием идей о «происхождении видов» и «происхождении человека» натуралиста и исследователя Чарльза Дарвина.

Экстраполяция идей ученого в этот период осуществляется на многие сферы познания, в том числе и на процессы эволюционного общественного прогресса, что нашло свое отражение в псевдонаучных теориях, социальных практиках политических движений, обозначаемым как социал-дарвинизм, при чем в британской традиции они получили свое оформление в консервативных и либеральных дискурсах.

*Консерваторы* считали, что рост бедности и инвалидности связан с самовоспроизводством непроизводительных классов, чему способствовали в обществе условия поддержки в виде программ благотворительных организаций. Социальные программы, с их точки зрения, разрушали трудовую и общественную мораль, способствовали воспроизводству нищенства и инвалидности, тем самым создавались условия для воспроизводства и выживания «неприспособленных» групп к условиям свободного рынка. Одной из мер решения проблем консерваторы считали не только ликвидацию программ социальной помощи, но и принудительную стерилизацию нищих и инвалидов, как непродуктивных слоев населения.

*Либералы*, опираясь на идеи социал-дарвинизма, в отличии от консерваторов с их подходами о конкуренции, наследственности и естественном отборе, стояли на реформистских подходах. Как считали представители данного направления, организация здоровых условий жизни позволяли ликвидировать не только нищенство, но и инвалидность. Проблему воспроизводства непроизводительных классов они видели прежде всего в «неизбирательной», не адресной, как сказали бы мы сегодня, благотворительности. В этой связи ими предлагалось следующие подходы:

- терапия (медицинское лечение, улучшение труда и ликвидация детского труда);
- гигиена (улучшение условия жизни и стерилизация инвалидов).

Реформирование благотворительных организаций на основе дифференцированных подходов к проблемам инвалидов, как средству борьбы с социальными болезнями, должны были улучшить как систему лечения, так и систему контроля за различными группами: «идиотами, эпилептиками, неизлечимыми, безумными, слепыми, глухими и немыми».

Главная цель таких учреждений терапия на основе научного лечения тех, кого возможно вылечить, а «неподдающихся терапии» отправлять в места лишения свободы. «Отсортированные в соответствии с потребностями и способностями», «неполноценные классы» получали дифференцированный уход и надзор, что позволяло либералам реформировать общество в соответствии с концептами социал-дарвинизма. Эта политика будет проводится британским правительством в 30-е годы XX столетия.

Однако одновременно с такими установками и практиками работы, происходила активизация деятельности благотворительных христианских организаций, которые «специализировались» на индивидуальной работе с маргинальными группами. Христианские благотворители объясняли процессы неустроенности социальных низов исключительно с позиций их моральных качествах, а не в контексте «дефектов общества». Благотворительная практика строилась на основе изменения образа жизни, «воздержании и целомудрии».

Однако, по мнению авторитетной британской исследовательницы Эйлин Янгхасбэнд, идеология и практика социальной работы в Великобритании в конце XIX века оформилась благодаря практическим и теоретическим подходам О. Хилл, деятельности Христианской общественной благотворительной организации и практической детальности основателей Тойнби-холла Сэмюеля и Генриетты Барнетт. С их деятельности начинается оформляться профессиональная практика помощи на научной основе.

### **1.2.2. Становление профессиональной социальной работы в 1900-1945 годах**

Развитие профессиональной социальной работы в данный период будет развиваться по нескольким направлениям. А. Соломон, немецкая исследовательница, анализируя британскую модель подготовки, считала, что для нее было характерно отсутствие унификации, приоритетов в государственном или частном секторе, а сама подготовка, имела свои самостоятельные уровни обучения социальных работников, что позволяло говорить о многоуровневой философии образования.

Так были школы социальной работы, которые находились под контролем Объединенного совета университетов и университетских школ.

Другие школы социальной работы входили в объединение, где осуществлялось государственное регулирование отдельных направлений социальной работы, например, школ пробации.

Третью группу школ представляли независимые школы социальной работы со своими программами и философией обучения. Данные направления в подготовке

профессионалов отражали различные направления практики, которые были характерны для данного времени.

До начала Второй мировой войны в Великобритании было организовано 14 школ социальной работы, две из которых принимали на свое обучение исключительно женщин, а 12 школ были «смешанного типа», принимали и мужчин, и женщин.

*Философия первой группы*, олицетворяла собой система подготовки в Лондонской школе экономике, в которой обучалось, например, в 1933-1934 годах 113 студентов. Примечательность этой школы в том, что она не только дала Великобритании новые программы обучения и философию практики, но отдельные ее преподаватели стали видными государственными деятелями.

Так Климент Эттли был лейбористским премьером кабинета-министров Великобритании после Второй мировой войны, а Уильям Беверидж, отец основатель «британской модели государства всеобщего благосостояния», глава фракции Либеральной партии британского парламента, с 1919 по 1937 год был директором Лондонской школы экономики.

К. Эттли в 1920 году написал исследование «Социальный работник», философия которой имела свои оригинальные подходы и отражала подготовку университетов данного уровня.

В своих подходах К. Эттли критиковал благотворительную практику феминистских и христианских организаций. Признавая высокий уровень деятельности этих организаций, он тем не менее считал, что философия индивидуального подхода, технология которой являлась доминирующей в практиках, не отвечала требованиям текущего исторического времени, поскольку помощь нуждающимся являлась не столько механизмом поддержки, сколько инструментом «защиты имущих классов».

К. Эттли считал, что социальная работа находится на новой фазе своего развития, и если раньше социальная работа «выполнялась» для рабочего класса, то теперь она должна осуществляться совместно с ним.

Ученый считал, что социал-демократическое движение, которое охватило современное общество, заменяет идеи благотворительности на «идеи социального служения», в основе которых лежали принципы «социальной справедливости и гражданственности».

Концепция социального служения, заменяла викторианские добродетели «щедрости», «снисходительности», в связи с чем, новая философия деятельности социальных работников выстраивалась на принципах «сотраотничества», формирования нового общества. К. Эттли утверждал, что социальные работники должны быть

«пионерами социальных реформ», «борцами за перемены в обществе», на основе практики они должны были осуществлять анализ действующей политики и социального законодательства, тем самым включаться в процессы управления обществом на своем уровне. В том виделись макростратегии практики социальной работы.

Однако ученый считал, что социальные работники не должны в своей деятельности руководствоваться только глобальными проблемами и перспективами. С его точки зрения, деятельность должна осуществляться и на микроуровне практики, вот это сочетание макро и микроподходов определяло сущность современной социальной работы. Микроуровень практики должен реализовываться исходя из определенных принципов и правил, среди них:

- социальный работник имеет дело с пользователями услуг, мужчинами и женщинами, а не «только со случаями», в этой связи человеческие отношения должны быть приоритетными в практической деятельности,
- социальный работник должен верить в «доброту человеческой природы»,
- социальный работник должен видеть проблему в перспективе,
- социальный работник должен иметь терпение и чувство справедливости, и «бесконечную способность с умилением терпеть дураков... [потому что] в обществе всегда имеется достаточное их количество, многие из которых занимают важные должности».

Практика социальной работы в Великобритании, как это будет наблюдаться и в других странах формировалась из различных предметных полей, в этой связи деятельность инспекторов службы пробации, вносила свои технологии помощи в развитие профессии, что определяло деятельность *второй группы специалистов*.

Начало службы пробации было положено в 1907 году, когда появляется Закон об условно-досрочном освобождении правонарушителей. Закон наделил полномочиями мировых судей назначать сотрудников службы пробации для консультирования и наблюдения за правонарушителями, они должны были заменить волонтеров, «судебных миссионеров».

Кандидаты в инспекторы службы пробации должны были иметь среднее образование, опыт работы в области социальной работы, иметь возраст от 24 до 30 лет, что давало им возможность поступать по одному из двух направлений обучения, предполагающей:

- годичную подготовку, с выдачей сертификата,
- двухлетнюю подготовку с выдачей диплома или степени в области социальных наук.

По окончании обучения соискатели могли получить работу либо в Англии, либо в Уэльсе. Соискатели относились к социальным работникам, которые работали в судах по делам несовершеннолетних в городах и сельской местности.

В 1938 году Министерство внутренних дел берет под свой контроль как процесс подготовки, так курирование деятельности сотрудников службы пробации на местах.

*Третье направление философии обучения* строилось по своим собственным схемам подготовки социальных работников. Как мы говорили выше, для Великобритании этого периода государственные, частные и общественные схемы подготовки существовали на паритетных началах, без выделения главных или второстепенных акторов образовательного процесса.

Данное направление практики была положено Элизабет Макадам, основательницы поселения Виктории в Ливерпуле и Школы социальных наук, которая обозначила свои концептуальные подходы как «новая филантропия».

Философия «новой филантропии» исходила из подходов соединения как государственных, построенных на действующем законодательстве, так и добровольных, созданных на имплицитных представлениях, формах социальной работы. Гибко соединяя государственные подходы и подходы «саморегуляции» на основе механизмов сотрудничества и межведомственного взаимодействия «новая филантропия» объединила как профессионалов в деле помощи нуждающихся, так и «неоплачиваемых работников», численность которых достигает к 30-м года более 5 тыс. человек. Сочетание профессионалов и волонтеров позволили более эффективно контролировать группы риска, а по некоторым направлениям, например, «сестринский патронаж», данный вид деятельности фактически перешел под контроль добровольческих ассоциаций.

Особенность британского волонтерского движения заключалось в том, что они были выходцами из «праздного класса», объемы выполняемых работ в ювенальных центрах, центрах здоровья, занятости практически сравнялся в этот период с государственным сектором.

В 1935 году была организована Британская федерация социальных работников, которая включала в себя все направления помогающей практики в Объединенном королевстве.

### **1.2.3. Становление клинической социальной работы в дискурсах государства всеобщего благоденствия 1945- 1970 гг.**

После Второй мировой войны социальная работа становится одним из институтов государства всеобщего благоденствия. Считалось, что потребность в социальных работников сократиться, поскольку благодаря развитию национальной системе



здравоохранения, социальной защиты, образования потребность в социальной помощи и социальной поддержке человека постепенно будет снижаться, однако такие представления не оправдались.

Как считали эксперты, спрос населения на социальные услуги не только не падал, а увеличивался по следующим основным причинам:

- из-за особенностей капиталистической экономики, которая не только создавала условия для неравенства в доходах среди населения, но и способствовала новым формам изоляции, а стихия рынка ставила перед необходимостью поддерживать те группы населения, которые находились в относительно благополучном состоянии,
- постоянные социальные переменные, разрешающие противоречия и их провоцирующие. Так, например, высокий уровень здравоохранения способствовали продолжительности жизни людям с хроническими заболеваниями или инвалидностью, однако это требовало дополнительных средств по поддержанию их уровня жизни и ухода за ними специалистов,
- «эволюция человеческой психики», которая не успевала за эволюцией технологий, что приводило, например, к жестокому обращению с детьми во всех социальных группах, а не только маргинальных.

Тем не менее в 40-50-х годах произошло реформирование законодательства, которое существенно изменило принципы и подходы к социальной работе. В этой связи необходимо уместно говорить о законах, которые структурировали обязанности социальных работников в государственных службах.

Законы о Национальной помощи 1948 года, заменивший Закон о бедных привел к образованию департаментов социального обеспечения на местах прежде всего по уходу за пожилыми людьми.

Происходили изменения в законодательстве здравоохранения в 40-50 – х годах, благотворители, работающие в данной сфере, были переименованы в медицинских социальных работников и психиатрических социальных работников, в зависимости от типов учреждений.

В 50-х годах происходит изменения фокуса социальной работы со случаем. Модели социальной психологии и психодинамического подхода становятся доминирующими. Концепции материнской депривации Дж. Боулби, американских терапевтических подходов Г. Хамилтон, Х. Перлман, Ф. Холлис находились в центре внимания практических работников и школ подготовки профессионалов.

В 1960-е годы происходит изменение в подходах в философии профессионализма, большое влияние начинают играть социологические дискурсы. В центре внимания социальных работников не столько индивидуальные, сколько групповые и общественные проблемы. В этой связи наметился переход в обучении от психодинамических моделей и моделей социального администрирования к моделям работы с группой и сообществом.

На протяжении 1960 – х годов создавались усилия, чтобы социальная работа была унифицирована на всех территориях Великобритании, и чтобы она была ведущей профессией.

В 1968 году образована Постоянная конференция организаций социальной работы, цель которой было создание единой профессиональной ассоциации для всех социальных работников.

В том же году происходит переломный момент в социальной работе в Англии известный как доклад Сибома. К этому периоду социальная работа была разделена на три департамента: по делам детей, здравоохранения и социального обеспечения. В докладе содержался призыв к созданию единой социальной работы, что привело в 70-х годах созданию единых департаментов социальных услуг в Англии и Уэльсе, единой профессиональной ассоциации и общей подготовке социальных работников.

#### **1.2.4. Философия профессиональной деятельности в рамках единого подхода в 1970-2020 гг.**

В философии профессионального подхода в данный период обозначилось несколько дискурсов, которые послужили для дальнейшего понимания философии социальной работы.

Первым таким дискурсом явилось соотношение педагогики и андрогогики в подготовке специалистов. Педагогический подход шел из схемы традиционного обучения, детей в школе, когда ученики рассматривались как некий «сосуд», которые заполнялись знаниями учителями. По сути это была традиция образования, идущая от Аристотеля, который рассматривал обучающегося как «скрижали без надписей», затем в европейской традиции образования этот подход получает свое дальнейшее развитие. Подхватившей эту идею, в частности Р. Декарт, использовал формулу «*tabula rasa*», чистая доска, а затем на британской почве Дж. Локк предложил свое словосочетание «чистый лист».

Сложившаяся система формирования знания становится неприемлемой для социальной работы, поскольку слушатели имели как предшествующий жизненный опыт, так и определенные жизненные цели. В этой связи образование в логики педагогики требовало внесения своих корректив. Профессиональная педагогика выдвигала новые

требования, которые должны были учитывать опыт социализации обучающихся, их жизненные взгляды, а также сложившуюся систему убеждений, к которой они должны были подойти критически в процессе обучения.

Второй дискурс профессиональной философии был связан с концептуальными особенностями социальной работы, которые были впервые обозначены М. Ричмонд на «американской почве социальной работе», обозначив эту проблему в виде дилеммы: «социальная работа наука против искусства».

Практика показывала, что не все теоретические подходы возможно применить на практике, тем более, когда проблема имела сугубо индивидуальный характер и могла быть «типизирована» в пределах частного случая. Профессионалы стояли перед необходимостью разработки новых гипотез, «импровизировать», что определялось уникальностью проблем и конкретного случая. В этой связи формировались представления о различных источниках когнитивных схем, которые могли формироваться как на основе теоретических сложившихся подходов, так и имплицитных, не явных факторов, связанных с процессами интуиции и инсайта, применяемых в техниках работы с клиентом.

Третий дискурс познания в этот период определялся политическими процессами, которые ставили социального работника перед необходимостью выбора стороны «социальной защиты». С одной стороны, социальные работники, как законопослушные граждане должны защищать государственную власть, с другой стороны они должны быть критически мыслящими практиками в отношении государственной политики, проводимой правящим кабинетом министров. Не следование этим принципам, как считали британские идеологи социальной работы, деятельность профессионалов могла привести к той трагедии, которая сложилась в практике помощи в период правления нацистов в Германии, о чем мы будем говорить ниже.

Диалектическое противоречие в том и заключается, что, работая на государство, социальные работники должны находится на стороне пользователей услуг.

В 80- 90- е годы социально-политические проблемы в британском обществе изменили характер проблем как клиентов, так и самих социальных работников.

Можно наблюдать как проводимая политика правящими кабинетами министров изменяло вектор поддержки населения. Введение платных социальных услуг практически разрушало принципы социального государства, а переход от модели помощи клиентам, к модели помощи «пользователям социальных услуг» означал не столько «лингвистические изменения», сколько изменения в практике, которая вела к сокращению социальных программ и дискриминации уязвимых слоев населения. В связи с чем можно было

наблюдать выступления социальных работников, против проводимой политики правительства.

По сути дела, новая менеджералистская политика управления действующей власти сводилась к тому, чтобы «за меньшие деньги» охватить как можно больше социальных групп, при этом сократив расходы на их содержание, а расширение сферы оказания услуг со стороны социальных работников, увеличивало их рабочую нагрузку, что не коррелировалось с их оплатой труда.

Правительства новых правых выступали против «государства-няньки», проповедуя старые принципы викторианской эпохи, добродетелей самодостаточности, что в конечном итоге приводило к радикализации социальной работы, борьбе за социальную справедливость и в конечном итоге за выживаемость самой профессии. Критическое отношение к идеологиям основанных на философии крайнего индивидуализма, работа среди социальных групп, которые исключены из общества, по мнению британских исследователей, сделали привлекательной профессией для людей «из подчиненных групп», включая инвалидов, представителей этнических сообществ, меньшинств, «страдающих от дискриминации».

Изменение в философии помощи наблюдалось и в аспектах процессов деинституционализации отдельных социальных групп. Так в данный период изменяются подходы к людям, имеющим психические заболевания, их реабилитация и уход осуществлялся в рамках помогающего сообщества, таким образом, движение поселений, которое было характерно для начала века для маргинальных социальных групп, приобретало свои новые формы поддержки людей с проблемами психического здоровья.

В сфере ухода за пожилыми гражданами социальные работники выступали больше как менеджеры услуг, чем специалистами, оказывающими социально-психологическую помощь.

Изменялись векторы помощи не только в отношении людей с психическим здоровьем, пожилыми людьми, но и в отношении проблем детей, что можно говорить об институционализации на рубеже веков социально-педагогического направления социальной работы.

Исторически, социально-педагогические подходы начинают оформляться после Второй мировой войны и продолжались до начала XXI века. В 1948 году, выходит Закон, на основе которого создаются территориальные детские комитеты, причиной выхода стали парламентских слушания о гибели от рук приемных родителей 13-летнего Д. О' Нила.

В 1974 году парламент расследует смерть М. Коуэлл, виновником которой стал отчим девочки. Принимается Закон по координации услуг в деле защиты детей.

В Законах 1991 и 1999 годах, уточняются процедуры правоохранительных и социальных организаций, которые направлены на расследование детской смертности, а также противодействию педофилии.

В новом столетии виток активизации практики социально-педагогической деятельности, осуществляется после парламентского расследования 2003 года смерти Виктории Климби, где было установлено, что органы здравоохранения, полиции и социальных служб, не смогли противодействовать данному инциденту. Это привело к пересмотру деятельности всех структур в области детского социального обеспечения и воспитания, введения таких структур как круглосуточная горячая линия, на которую можно сообщать о проблемах насилия над детьми. Появляются новые модели подготовки социальных педагогов, расширяются их полномочия в обществе, а также профессиональные компетенции.

В 2004 году выходит свод законом по защите детей «Зеленая книга», которая объединила и скоординировала усилия образовательных и социальных учреждений в рамках проекта социальной педагогики.

Осмысляя закономерности развития процессов институционализации британской модели социальной педагогики, первое, на что необходимо обратить внимание, так это на то, что процесс институционализации имел свои спады и подъемы. Причем активизация социально-педагогических процессов, являлась определенным следствием, своеобразной реакцией на социально-значимые проблемы в обществе.

В этой связи можно констатировать, что британская модель непосредственно связана с политическими процессами в обществе, однако она не направлена на радикальные социальные изменения, как это представлено в отдельных континентальных моделях социальной педагогики, а обращена на коррекцию общественных процессов в сферах семьи и детства.

Вторая особенность институционализации британской модели социальной педагогики, связана с тем, что социально-педагогические процессы осуществлялись в контексте и рамках законодательства, которое вело как к модификации системы социального обеспечения детей, с одной стороны, так и изменению процессов образования, с другой.

Такие подходы привели изменения в социально-педагогических технологиях, в таких областях как:

- патронатное воспитание,
- работа с молодежью,
- работа с детьми, с особыми потребностями,

- работа с сетями социального развития ребенка,
- подготовка кадров.

Эти философские установки в начале нового века сформировали общие требования к профессии, которые на основе мировых подходов к социальной работе, европейских подходов к унификации специальностей на основе болонских принципов образования сформировали философию профессии в новом столетии.

На основе этих подходов были сформированы Национальные профессиональные стандарты социальной работы (NOS) в 2002 году, которые были пересмотрены в 2011 году.

Философские подходы позволили национальным профессиональным ассоциациям выйти на понимание ключевых ролей социального работника в современном обществе, определить его базовые компетенции и интервенции, позволяющие не только оказывать помощь клиентам, но и находиться под контролем как со стороны профессионалов, так и самих потребителей услуг.

Философия профессионализма изменяется в британском обществе, особенно после 2020 года, поскольку это связано с выходом Великобритании из Европейского Союза, что по мнению аналитиков приведет к изменению парадигмы социальной работы.

К изменению философии социальной работы, по мнению исследователей, приведут также последствия пандемии КОВИД-19. В этой связи пандемия показала отсутствие системы социальной защиты в учреждениях для пожилых и престарелых, где наблюдалась самая высокая смертность среди населения.

Пандемия показала несостоятельность аутсорсинговых кампаний, которые не смогли выполнить в должной мере и объемах государственные заказы, что показало несостоятельность коммерциализации социальной работы и приватизации учреждений социальной защиты.

С другой стороны, пандемия показала, даже если внедрять в общество передовые технологии здравоохранения, например, геномной медицины, всегда могут случаться такие обстоятельства, когда в ситуации психосоциальных изменений в жизни человека будет потребность в помощи и поддержки социальных работников.

Эти и другие факторы определяют изменение философских дискурсов социальной работы в Великобритании в новом веке.

### **1.3. Становление клинической социальной работы в Германии**

Философия профессионализма в Германии имеет свои особенности, свой генезис становления, хотя необходимо сказать об общих тенденциях формирования концептуальных подходов к практике помощи.

Философия профессиональной помощи в Германии будут определять, как общие подходы, характерные для становлений индустриального общества, с его неотъемлемыми проблемами обнищания населения, так и специфическими особенностями становления гражданского общества, которое подключалось к решению проблем бедности и социальной несправедливости. В этой связи, можно наблюдать, что философия профессионализма в Германии формировалась в контексте различных предметно-понятийных полей, социальных мировоззрений, политических идеологем, так и направлений практики, что определило особенность немецкой модели помощи.

### 1.3.1. Институционализация общественной практики в Германии в XIX веке

Индустриализация в XIX веке, как и во всех странах мира, и Германия здесь не являлась исключением, приносила собой бедность и нищету, особенно в среде рабочего класса. Голодные восстания силезских ткачей 1844 года, мартовское восстание 1848 года показали, что аристократия с ее моделями благотворительности, подходами к контролю бедности и нищенства не эффективны в текущих социально- исторических условиях.



Эта ситуация стала особенно наглядно проявляться на фоне оформления рабочего движения, которое организовывалось в рабочие ассоциации и партии, которые стремились бороться за свои права.

В этом контексте, в связи с образованием империи, правящие элиты, гражданские ассоциации, общественные движения, включая педагогические, ищут пути стабилизации социальных отношений в образовавшемся едином государстве. Различные политические силы и движения, по своим направлениям начинают формировать подходы к теории и практике помощи.

Немецкие исследователи, становление профессиональной социальной работы связывают со следующими направлениями государственной политики, общественной практики, развитием направлений социальной сферы:

- реформами в социальной сфере О. Бисмарка,
- деятельностью ассоциаций, гражданских конфессиональных, национальных в сфере поддержки различных слоев населения,
- социально-педагогической и образовательной деятельности среди населения,
- социальной помощи и работы в здравоохранении, среди пожилого населения, инвалидов.

Реформы в области *социальной политики* О. Бисмарка, по мнению отечественных и зарубежных историков, несли в себе как элементы как «запугивания», так «умиротворения» и рабочего класса.

С одной стороны, были введены антисоциалистические законы в 1878 году, которые запрещали распространение социал-демократии в стране, запрещались профсоюзы, политические собрания, закрылось более 45 политических газет.

С другой стороны, создавалась система социального обеспечения трудящихся, медицинского обслуживания, помощи при несчастных случаях и пенсионная система по старости. Все эти и другие процессы найдут отражение в философии социальной работы в XX веке.

Деятельность *представителей гражданского общества* в данный период порождает много инициатив, которые не

### Социальная жизнь Анны. О: феминистка и социальный работник Б Паппенгейм

Берта Паппенгейм ( 27 февраля 1859 – 28 мая 1936) родилась 27 февраля 1859 года в Вене. С начала 1900 года начинает активную социальную и филантропическую деятельность в Германии. Как пишут исследователи, ее деятельность охватила три большие области: литературную и переводческую деятельность, создание еврейской ассоциации помощи женщинам, открытие социальных учреждений, «домов поселений», детских садов и учебных заведений. На свои средства она открывает Ной-Изенбургский дом для еврейских девочек.

В 1904 основывает национальную еврейскую женскую ассоциацию, которую будет возглавлять вплоть до своей смерти, 1936 года. Организация входила в крупнейшую благотворительную организацию, и к 1917 году насчитывала свыше 50 тыс. ее членов. Она руководила организацией и после прихода нацистов к власти, сидела в застенках гестапо.

С 1906 года она открывает приют для незаконнорожденных еврейских девочек, участь которых была трагичной, они пополняли ряды проституток, продаваемых в различные страны. Учреждение должно было противодействовать «сложившимся традициям», она выдвигает принципы еврейской социальной работы, на основе которых разворачивается система патронажа в учреждении, среди них:

- проведение современной социальной работы, сосредоточив внимание главным образом на образовании и подготовке к независимой жизни,
- в соответствии с принципом "последующей помощи" за ходом жизни бывших обитателей дома должны были наблюдать в течение длительного периода.

С приходом к власти нацистов участь воспитанниц была предрешена, часть из них попали в бордели нацистских солдат, а другие свою жизнь закончили в концентрационных лагерях.

Сама же Б. Паппенгейм умирает, после выхода из застенков гестапо в 1936 году.

Как писал о ней философ Мартин Бубер, с которым она тесно сотрудничала: ««Есть люди духа, есть люди страсти, и тех, и других не так-то уж часто можно встретить, но еще большей редкостью являются люди, объединяющие в себе дух и страсть. Вот таким человеком страстного духа и была Берта Паппенгейм»».



прекращаются до прихода к власти нацистов в 30-е годы. Как считают исследователи, на муниципальном уровне средний класс, используя механизмы самоуправления не только включался в процессы противостояния бедности, но и «создавал» эффективные технологии помощи беднейшему населению. Это направление деятельности начинает определяться как частная благотворительность, которая будет иметь своих последователей не только в Германии, но и во всем мире, например, в Российской империи.

В качестве примера можно привести добровольную деятельность «мужчин среднего класса», которые патронировали бедных 4-5 семей в городе Эльберфельде. Они регулярно посещали бедные семьи, систематически «мониторили» их потребности, на основе полученной оценки, они получали необходимые средства из городской казны для их поддержки. «Городские добровольцы» обладали полномочиями от городского магистрата: контролировать воспитательную деятельность в семьях, выносить дисциплинарные санкции в отношении подопечных, а в случае уклонения от трудовой деятельности они могли доставляться их в полицию, где в отношении «уклонистов» включались меры административного наказания.

Ассоциации помощи формировались не только на конфессиональной основе среднего класса, «зажиточного населения», а также, как и во многих европейских странах на основе феминистского движения. В этой связи показательна деятельность, например, А. Соломон, стоявшей у истоков профессионального образования в области социальной работы (она открыла первую в Германии профессиональную школу для женщин), Б. Паппенгейм, открывшей «Дома поселения для еврейских девочек», в рамках мирового феминистского поселенческого движения, характерных для таких стран как США, Великобритания, Франция.

Можно было наблюдать, что в Германии процесс интеграции в общество, так называемых «социальных изгоев» осуществлялся не только через механизмы социальной помощи и «практики поселений», но и через институты интеграции, посредством образования. В это виделась миссия среднего класса, «культурная гегемония» которого позволяла противостоять «господству толпы». Теория и практика социальной педагогики, будет той особенностью философии профессионализма, которые будет отличать немецкие дискурсы помощи от европейских и мировых.

*Социально-педагогическая и образовательная деятельность среди населения* вносила свои дискурсы в профессиональную философию немецкой социальной работы, эта практика была связана с развитием институтов детства и образования.

Одно из таких направлений деятельности было направлено на организацию детских приютов, учреждений по уходу за детьми сиротами, то что позднее будет пониматься в «немецкой практике социального воспитания» как «домашнее воспитание».

Другая практика социально-педагогической работы была направлена на создание «дополнительных учреждений», такие как детские приюты, сады, позволяющие обеспечивать дневной уход и воспитание детей из малообеспеченных семей.

И третье направление социально-педагогической работы было связано с воспитанием и попечением молодежи, защитой их прав в сфере образования и трудовой деятельности.

*Социальная помощь* в сфере здравоохранения в данный период продолжала традиции церкви, особенно при работе с пожилыми и больными людьми, а также включала территориальные инициативы Германской империи. На основе данных подходов оформлялись социальные услуги как семьям, так и отдельным лицам, тем самым философия поддержки формировалась в логике «помощи в жизненных ситуациях», ориентированной на жизненный мир человека. Постепенно она все больше отдалялась от дискурсов здравоохранения, ухода за престарелыми и бедными, переходя к дифференцированной практике оказания услуг.

Условно развитие философии профессиональной социальной работы можно определить через следующие этапы:

- оформление профессиональной философии в дискурсах социальной педагогики/ социальной работы 1900-1949 гг.,
- развитие профессиональной философии в дискурсах социальной работы/социальной педагогики/ социального образования 1950-1990 годы,
- становление профессиональной социальной работы в контексте и вызовах глобального мира в 1990- по н/в.

### **1.3.2. Профессиональная философия в дискурсах социальной педагогики/ социальной работы в 1900-1949 годов**

С начала до первой половины XX века профессиональная социальная работа претерпевала существенные изменения, она формировалась в первых школах социальной работы и практических женских ассоциациях, которые оформляются после Первой мировой войны, особенно в период расцвета Веймарской республики. Именно в это период наблюдается формирование подходов как со стороны социально-педагогического познания, так и со стороны помогающего познания, которые образует тот специфический

синтез идей философии социальной педагогики/ социальной работы, что найдет отражение и развитие после Второй мировой войны в 50-60-х годах.

Либеральные и социал-демократические установки в философии в данный период в 30-е годы сменяются на идеологические евгенические концепты, принявшие формы социально-расовой работы при нацистском режиме.

После падения нацистской Германии идеологемы национал-социалистических подходов к «народному уходу», расовой социальной работе, в Западной Германии, по мнению немецких специалистов, будут окончательно осуждены только в 80-х годах XX века.

Условно философия профессиональной помощи можно обозначить на три этапа:

- оформление философии помощи в рамках движения женских ассоциаций и школ социальной работы,
- развитие профессиональных идеологем социальной работы в период Веймарской республики,
- проведение расовой социальной работы, на основе сегрегации и политики «искоренения неполноценных».

С начала XX века в Германии наблюдался *рост женских ассоциаций*, которые вели свою деятельность по различным социальным направлениям таким как воспитание детей, образование взрослых, поддержка семей, отдельно защита прав женщин и другие направления деятельности. При этом, если в 1894 году в Федерации немецких женщин было зарегистрировано 64 ассоциации, то в 1912 году 2200 организаций.

Среди разнообразных программ воспитания и социальной помощи, особое направление представляло продвижение принципов научной гигиены в немецкие семьи. Соединяя принципы просвещения, санитарного ухода за больными и практику помощи бедным, посещение на дому, немецкие активистки выбрали своей целевой группой женщин, как группу повышенного социального риска, куда входили не только беременные и роженицы, но и женщины с определенными заболеваниями такими как туберкулез, венерические заболевания, алкоголизм и другие болезни «социальной направленности».

Большое внимание уделялось проблемам «правильного» ведения домашнего хозяйства, кормления младенцев, уход за больными. Особая тема представляла личная гигиена женщин, особенно в сельской местности. Так по констатации врачей было отмечено, что в начале века в сельской местности мужчины мылись только «перед военной службой, а женщины перед свадьбой, а второй раз после родов, после «омовения акушеркой». Такая ситуация требовала особенного подхода, особенного в аспектах профилактики массовых заболеваний и эпидемий.

Работа на «стыке» различных проблем с проблемными группами, педагогическими, просветительскими, санитарными, социального обеспечения постепенно складываются представления о необходимости подготовки к практике деятельниц благотворительной помощи.

В этой связи в начале века начинают складываться первые профессиональные женские курсы в сфере социального обеспечения, целью которых было предоставить «женщинам системное обучение для профессиональной работы в сфере ухода за бедными или в другой области социальной помощи».

Эти идеи перерастают в открытие первой «Социальной женской школы» для воспитательниц детских садов, которую открывает Алиса Соломон в 1908 году, ее инициатива будет подхвачена другими деятелями Федерации.

Как пишут исследователи, до начала Первой мировой войны в Германии было открыто 14 женских школ, в них начинали формироваться первые научные подходы к практике помощи и философии профессиональной деятельности. Так в Кассельской семинарии Фребеля в 1909 году выходит первый учебник по социальной работе Паулины Грусс «Введение в личную помощь», с него начинается формироваться подход к «науке о заботе», теории социальной работе.

В период Первой мировой войны Федерация ассоциаций немецких женщин расширяет свою практическую деятельность. Гертруда Боймер организует «Национальную женскую службу» вместе с «Женским рабочим центром», основанным в 1916 году, созданным при высшем руководстве вооруженных сил, эти организации дали импульс для оформления социального обеспечения в национальную систему социальной защиты.

Мобилизация женщин из «среднего класса и пролетарской среды», расширение деятельности в период военных действий поставили перед правящими элитами необходимость оплаты труда женщинам, оказывающим социальную помощь нуждающимся группам. По сути дела, это было признание помогающей благотворительной деятельности, возведение ее в ранг профессиональной практики, тем самым закрепляя профессиональную помощь в социальном сегменте рынка труда.

Закрепление этой ситуации происходит в 1916 году, когда организовываются «Немецкая ассоциация социальных служащих», а 1917 году «Ассоциация немецких католических социальных служащих», которые объединяли всех профессионалов в Германии, оказывающих социальную помощь.

В рамках этих ассоциаций происходит профессиональное обучение специалистов, открываются социальные школы для женщин Германии, расширяется сеть учебных центров,

что свидетельствовало о формировании национальной системы профессиональной подготовки в области социальной работы.

Примечателен тот факт, что в 1925 году в документах переписи населения, в графе профессия, было зарегистрировано 22 547 человек, которые относили себя к профессии «социальный работник, воспитательница детских садов», а в 1933 году по этой профессии было зарегистрировано 24 129 человек.

В период *Веймарской республики* наблюдается рост женских школ и академий социальной работы, к 1933 году численность учреждений увеличивается до 33. Можно говорить об институционализации знания в области социальной работы, где особую роль занимает мать-основательница немецкой социальной работы А. Саломон.

Первые учебники по социальной работе, написанные ее совместно с коллегами в 20-е годы, такие как "Руководство по уходу за благополучием" (1921), „Социальная диагностика" (1926), "Социальная терапия" (1926), "Обучение социальной профессии" (1927), "Семейная жизнь в настоящем" (1930) дали научный импульс для оформления философии профессиональной социальной работы.

Не меньшим импульсом для развития философии социальной работы и социального образования послужили открытие профессиональных кафедр и деятельность Ассоциации по стандартизации обучения социальных работников в социальных школах с присвоением государственной квалификации.

Одной из первых кафедр в Германии, ведущей на научной основе подготовку социальных работников явилась кафедра «заботы и социального образования» во Франкфуртском университете, первым заведующим которой стал *Кристиан Джаспер Клумкер (1869-1942)*. Научная деятельность К. Клумкера была посвящена теоретическим подходам к «системе заботы», не только с исторической, но и практической точки зрения, осмысляя национальный и международный опыт деятельности, он сформировал особое направление в философии помощи.

Не важным фактором для институционализации профессии социальной работы явились национальные съезды и конференции благотворительных ассоциаций.

В 1917 году Алиса Саломон инициировала Конференцию немецких женских социальных школ, в которой участвовали представители прусского министерства. На конференции были утверждены основные принципы образования в области социальной работы, которые получили поддержку со стороны властных структур. С этого момента, как свидетельствуют специалисты, государство начинает регулировать образование в области социальной работы, уделяя большое внимание стандартизации деятельности и образования.

Стандартизация образования в области социальной работы, как в прочем и во всем мире, Германия не являлась здесь исключением, проходила под прессингом как со стороны бюрократических структур, так и оппозиционно-настроенных представителей других профессий. И если в США психиатры противодействовали введению профессии, стандартов подготовки социальных работников, мотивирую тем, что в профессии нет своего метода, а практика «размыта» и не имеет конкретных сфер применения, то в Германии медицинские работники и воспитатели детских садов, выступали с таких же позиций.

Тем не менее в 1920 году выходят единые государственные образовательные стандарты не только подготовки специалистов, но и профессиональной деятельности. В этой связи необходимо сказать, что Германия одной из первых, становится той страной, которая встала на путь стандартизации профессии и образования с единых требований и подходов, что будет камнем преткновения для многих мировых школ социальной работы, не исключая школы Российской Федерации.

Государственными стандартами в Германии в этот период были определены следующие направления социальной работы, по которым можно было получить государственный диплом:

- общественное здравоохранение,
- социальная работа с детьми/охрана детства,
- социальная работа с семьей и социальная работа на предприятии.

Философия практики и философия познания в это период в Германии развивается с различных «полюсов силы». Особенность формирования философии профессиональной деятельности в Германии заключается в том, что процессы происходили на фоне оформление разрозненных немецких земель в единое централизованное государство, империю, что определяло ее дискурсы профессиональной философии помощи.

В этой связи наблюдается, применительно к нашей теме, формирование различных подходов к векторам развития общества, как через процессы воспитания, социального воспитания, которое оформляется в направлении социальной педагогики, так и в направлении философии заботы, чрез практику помощи нуждающимся, что получает свое развитие в теории и практике социальной работы.

Эти две линии развития будут объединять различные философско-познавательные дискурсы, по линии социальной педагогики и социальной работы, но общим началом для этих направлений будет являться главное, все они направлены на решение «социального вопроса» немецкой нации – объединения в новой форме государственности.

Поэтому объединение нации «через воспитание воли», (трансцендентально-философский) подход, адаптации к «работе и обществу» через механизмы бессознательного, (психоаналитический педагогический подход), через институты воспитания будущего поколения (критико-материалистический подход), до «преодоления негативных последствий капитализма» через различные формы общественной солидарности (марксистский подход) – определи один вектор научной рефлексии и профессиональной практики.

Другой подход был обозначен подходами к «философии заботы», где актуализируются «помогающие подходы» на основе изучения индивидуальной ситуации неблагополучия человека (диагностический подход), ухода, как мер противодействия маргинализации (социально-ориентированный подход), удовлетворения потребностей.

Эти два направления формировали философию профессионализма в данный период, что находило отражение в научной литературе и практике данного времени. Направления и развитие мысли в философии помощи и воспитания в данный период систематизировано немецким профессором В. Толем, что представлено в таблице №3.1.

Таблица 3.1

### Основные направления философии профессионализма в период Веймарской республики

Теоретические подходы	Традиции и основные подходы	Представители
Линия социально-педагогических традиций		
Трансцендентально-философский подход	Опираясь на трансцендентально-философские соображения, социальная педагогика сначала рассматривается как воспитание воли и отношение к обществу, а затем как социальное образование	П. Наторп К. Магер П. Бергеманн Э. Борнеманн
Гуманитарный подход	Наблюдение за реальностью воспитания становится исходным пунктом теоретического образования в рамках гуманитарно-научного подхода; в контексте этой теории, в частности, на раннем этапе были высказаны решительные аргументы в пользу превентивной ориентации социальной педагогики на фундаментальные основы.	Х. Ноль А. Фишер Г. Кершенштайнер Э. Вэнигер
Психоаналитически ориентированный подход	Размышление о функции, месте, формах действия и отражения социальной педагогики	С. Бернфельд А. Айххорн
Эмансипаторный, критико-	Основываясь на критическом анализе общества, „социальная педагогика освобождения“ рассматривает проект, который, помимо помощи и поддержки,	К. Меннике

материалистический подход	направлен на поддержку людей в их стремлении к большему участию в жизни общества и самоопределению.	К. Молленхауэр
Марксистско-ориентированный подход	Социальные проблемы рассматриваются, исходя из марксистского социального анализа, как системные последствия современного общества, и на основе этого анализа социальной работе отводится функция объединения непосредственной социально-педагогической поддержки с вопросом о преодолении капиталистического общества.	К. Хел Д. Данквертс
Традиционная линия заботы, социального обеспечения и социальной работы		
Ориентированный на индивидуума «помогающий» подход	Социальный вопрос становится индивидуализированным, и отдельный человек становится субъектом поддерживающего вмешательства, когда он не может самостоятельно успешно управлять своей жизнью без каких-либо субъективных нарушений.	И. Вихерн
Диагностическая модель	Социальная помощь основана на диагнозе, на конкретном случае и на местах, на знаниях, полученных в результате эмпирических исследований.	А. Саломон Х. Краус
Социально-ориентированная модель, основанная на заботе	В контексте сохранения социального целого необходимы предложения по уходу и их законодательная фиксация, чтобы отдельные люди не выпадали из сообщества и не угрожали государству в целом.	. Г. Боймер Х. Латтке К. Клумкер
Подход Х. Шерпнера, основанный на потребностях	Невозможность реализовать потребности из-за физических недостатков, безработицы, отсутствия предложений или отсутствия навыков, или средств, являются отправной точкой для оказания медицинской помощи.	И. Арльт

**В 1933 году**, с приходом к власти фашистов в Германии, Веймарская республика перестает существовать, с ее падением, изменяются и гуманистические основания философии социальной работы. В этот период философия социальной работы будет базироваться на идеологии евгеники и расовой гигиены, нацизма.

Необходимо отметить, как пишут немецкие исследователи, что только незначительная часть социальных работников иммигрировал из страны, среди них такие ученые как А. Саломон. Г. Конопка, подавляющая же часть социальных работников осталась работать в Германии.

Созданные школы и центры образования, программы подготовки социальных работников были переформатированы согласно нацистской идеологии. Идеологи национал-социализма считали, что нация ослаблена «низшими расами, психическими



больными, умственно отсталыми, инвалидами и бедными», в связи с чем были изменены подходы в подготовке профессионалов.

Социальные работники были переименованы в «Volkspflegerin» (людей, которые обслуживают потребности людей), народные воспитатели, а стратегии работы были направлены на «эффективную самопомощь и взаимную помощь».

В обучении социальных работников, народных воспитателей, медицинская подготовка становилась ведущей, вместе с программами первой помощи, заботой о здоровье, по основным инфекционным заболеваниям. На ряду с данными дисциплинами появляется такая дисциплина как евгеника, где в основном рассматривали концепции «расовой неполноценности народов», которая преподавалась вместе с обязательным курсом истории национал-социалистического движения.

Как считают европейские ученые, почти 100-летняя традиция социал-дарвинистских теорий в западной цивилизации «радикализировалась в теории социал-расистской доктрины неполноценности и сверхчеловечества», вытеснив гуманистические и социалистические идеи помощи из концептов социальной работы.

В этот период народные воспитательницы и «коричневые сестры», которые заменили социальных работников, на практике реализовывали идеи движения к «здоровому народному телу», выступая против индивидуальных потребностей и проблем человека, совершив тем самым разворот от практики индивидуального ухода и помощи, к практике «народной заботы», помощи только «полноценным людям», согласно концепциям «расовой гигиены».

Философия расовой гигиены становится не только не только основным предметом в подготовке народных воспитательниц и коричневых сестер, но и принципом действий и технологий практики в отношении различных групп населения Германии. В этом отношении, согласно концепции «народной заботы», «арийская раса» должна была формироваться и воспитываться на новых идеологических основаниях, а «низшие» слои подвергаться стерилизации и насильственной эвтаназии.

Регулирование этих процессов осуществлялся через институт семьи, и если раньше, в начале века, доминировали технологии воспитания, ухода за детьми, технологии профилактики заболеваний, то в период нацистской Германии, институт семьи рассматривался в «патриотическом духе», как «место воспитания дисциплины и подчинения».

В этом отношении примечательна программа обучения матерей новому уходу за младенцами. В Германии было открыто свыше 6000 общественных пунктов по детскому уходу, где народные воспитательницы и коричневые сестры обучали немецких матерей

новым подходам к кормлению ребенка. Вводился особый «национал-социалистический режим» ухода за младенцами, четырехчасовой «ритм грудного кормления», который по мнению нацистских идеологов должен был способствовать «формированию повиновения», а также физическому и эмоциональному отчуждению ребенка от матери, что разрушало бы «обезьянью любовь», так определялся естественный симбиоз между ребенком и матерью.

Вся эти усилия были направлены на то, чтобы дети как можно раньше начинали воспитываться в нацистских общинах, а их матери, занимались не воспитанием, а трудились в военной промышленности.

Для неполноценного населения существовала программа «Империя труда». Для социальных маргиналов проституток, побирающихся нищих, наркоманов были предусмотрены работные дома, которые подчинялись полиции и гестапо. Направление же в эти учреждения осуществляли народные воспитатели.

С появлением «законов о негражданах», эти социальные группы привлекались к «принудительному труду», и они из работных домов по решению полиции или гестапо могли переводиться в концентрационные лагеря.

«Лица, не способных к совместному труду», согласно постановлениям Правительства по охране здоровья с 1934 года, через муниципальные службы социального обеспечения подвергались насильственной стерилизации, а позднее принудительной эвтаназии.

В соответствии с программой по «ариезации» службы социального обеспечения, на основе подходов социальной диагностики составляли так называемые «сводные таблицы», многоколенные генограммы, где отмечались «не арийские» ближние и дальние родственники. Эта социальная диагностика, должна была способствовать выявлению «неполноценных» групп населения и их изоляции, что, по мнению идеологов новой власти, должно было содействовать «выздоровлению народонаселения», стать ему полноценным народом.

Национал-социалистическая «забота о народе» по сути дела была идеологией расовой чистки населения, где народные воспитательницы и коричневые сестры являлись своеобразным инструментом проводимой политики тоталитарного нацистского режима в Германии.

### **1.3.3. Развитие профессиональной философии в дискурсах социальной работы/социальной педагогики/ социального образования 1950-1990 годы**

Возвращение к философии профессиональной социальной работы на гуманистических и демократических основаниях происходит только после 1949 года, когда Германия разделяется на Западную и Восточную.

Западная Германия, находясь под протекторатом американского и британского правительства, в соответствии с программами «перевоспитания и демократизации немецкой нации», осуществляет реформирование различных секторов экономики и социальной сферы, включив социальную работу, в американском ее варианте, в систему помогающих и педагогических профессий.

Большую роль по внедрению американской модели социальной работы: социальной работы со случаем, социальной работы с группой, социальной работы в микросоциальной среде способствовали немецкие эмигранты, которые возвратились в этот период в страну.

В 1950 году создается Национальная ассоциация социальных работников, в которую на первых порах было запрещено вступать мужчинам, однако эта организация способствовала развитию как программам образования, так и практических технологий в области социальной работы.

Философия американской модели социальной работы постепенно начинает дополняться и изменяться не только на уровне идеологии, но и практических методов. Так индивидуальная работа со случаем, которая была известна еще со времен практической деятельности А. Саломон постепенно, исходя из потребностей практики, она расширяется, появляются новые функции социального работника, не только менеджера социального случая, но и координатора услуг и брокера.

Работа со случаем становится главным методом работы с клиентами, однако постепенно происходит переосмысление данного направления деятельности, немецкие специалисты, послевоенных лет считали, что «психологические и психотерапевтические аспекты деятельности», вопреки цели оказания помощи, могут способствовать, «патологизирующему социальному и личному дистрессу».

Вместе с тем в отношении социальной групповой работе в среде профессионалов были более позитивные оценки, тем более, что данное направление возглавила Г. Конопка, которая вернулась в Германию и возглавила данное направление деятельности. Не малую роль в распространении данного вида практической деятельности способствовало открытие Центра групповой педагогики, который занимался повышением квалификации и обучения, распространяя данные методы в среде профессионалов.

В Федеративной Республике Германии с принятием Закона о социальной помощи 1961 году происходит расширение социальных сетей и социальных институтов, что ставило перед необходимостью увеличения численности квалифицированных специалистов.

Однако существенная реорганизация системы образования начинается только с начала 70-х годов, когда начинается процесс «академизмами образования», открываются университеты прикладных наук, предлагающие новые программы образования. Многолетняя практика разделения программ подготовки социальных педагогов и социальных работников объединяется в общую программу социальной работы.

Философия данного подхода была вызвана политическими событиями, активизацией молодежного движения, радикализацией общественных выступлений, что не могло не отразиться на изменении университетских программ обучения.

Профессиональная философия в этот период строится исходя из подходов классовой борьбы и подмены социальной, общественной работой, где проблемы изменения общества, а не помощи отдельному человеку или группе стоят в центре внимания процесса обучения.

К концу 70-х годов эта тенденция пошла на спад, а философия профессионализма находилась в пиках новых методов и подходов работы с клиентскими группами, которых требовало время.

В этот период с одной стороны, происходит критическое переосмысление классических методов «американской социальной работы», с другой, развитие психотерапевтических подходов, со множеством школ и направлений.

С третьей стороны, в этот период обостряются противоречия между философией междериалистских подходов в практике помощи, где в центре внимания эффективности услуг, на основе подходов коммерциализации и экономической обоснованности, и философией терапевтической компетентности, оказание помощи исходя из запроса клиента, его реальных потребностей и проблем. Можно отметить, что данная ситуация сложится в Российской Федерации в философии социальной работы в 20-е годы нового века.

В 80-е годы, в связи с движением самопомощи в Германии, философия профессиональной социальной работы подвергается критике, к ней со стороны общественности предъявляются претензии в «профессиональной колонизации», излишнем контроле и «насильственном воспитании», не эффективности в решении социальных проблем, отсутствием методологической и научной самостоятельности.

На этом фоне происходила дальнейшая дифференциация практики социальной работы, к появлению различных направлений, где профессионалы не идентифицировали себя с социальными работниками, а идентифицировали с конкретными технологиями практики: «профессиональными опекунами», посредниками, консультантами по наркомании, консультантами по долгам, специалистами коучинга и т.д.

Такой подход «размывал» идентичность философии социальной работы, «общие горизонты и направления развития», «уровень программ, инициатив и политического представительства».

#### **1.3.4. Философия профессионализма в Германии в 1990-2020 годах**

В 90-х года разгораются дебаты по поводу философии социальной работы. Причинами послужили не только кризисное состояние социальной работы в научном познании и общественной практике, но и процессы политического и организационного характера.

В 1990 году происходит объединение Германии, что дало импульс к научным дискуссиям в социальном познании, различных научных школ что не могло не отразиться на философии социальной работы и социальной педагогике.

Другим важнейшим фактором явилась дискуссия между профессиональными ассоциациями. Между Немецкой профессиональной ассоциацией социальных работников (DBS), Профессиональной ассоциацией социальных педагогов / социальных работников и медицинских педагогов (BSH) и Немецкая ассоциация социальной работы (DGSA) разгораются научные дебаты о сущности социальной работы.

Как считают сами немецкие исследователи – это были дискуссии о соотношении социальной работы и социальной педагоги их влиянии друг на друга, обсуждались проблемы локализации и автономизации познания и практики, обеспечения социальной педагогией «теории и практики социальной работы» и другие проблемы. Отголоски этой проблемы нашли свое отражение в 90-х годах в дискуссиях российского научного сообщества между учеными, представляющих социальную педагогику и социальную работу.

В результате этих дискуссий, которые окончились к концу 90-х годов сформировался определенные направления в познании социальной работы/социальной педагогики, что представлено в классификации В. Толя и представлено в таблице № 3.2.

**Таблица № 3.2.  
Основные дискурсы философии профессиональной социальной работы**

Теоретические подходы	Традиции и основные подходы	Представители
Теоретико-системный подход	Представленные предложения отражают точку зрения о том, что современные общества дифференцировались в отдельные системы и действуют более или менее „автономно“ по отношению к другим системам; различные теоретико-системные возражения относительно того, является ли социальная работа самостоятельной, профессиональной деятельностью или нет, очевидны.	Л. Ресснер М. Боммес/А. Шерр Р. Мертен Ф. Хиллебрандт

Теоретико-образовательный подход	Подчеркивается центральное значение понятия субъекта это теоретическое положение о том, что люди находятся в центре внимания социально-педагогической деятельности; задача социального образования, основанного на критическом анализе общества, состоит в том, чтобы помочь субъектам в их поиске автономно формируемого социального места, которое они могут формировать с помощью образования.	Х. Грешкер
Рефлексивный, критически-субъективный подход	Социальная работа выполняет социальную функцию, заключающуюся в предоставлении субъектам более широкого участия в социально ориентированных ресурсах посредством образовательных предложений и вмешательства.	М. Винклер
Экологический подход	Идеи, взятые с первых дней существования американского движения социальной работы - Дж. Аддамс - и теории социальной психологии используются для разработки концепции кейс-менеджмента, учитывающей влияние окружающей среды и влияющей в том числе на социальную инфраструктуру.	В. Р. Вендт
Теория модернизации, сервис-ориентированный подход.	Исходя из социально-теоретической локализации социальной работы как дифференцированной системы, авторы этой „парадигмы“ определяют социальную работу как современную услугу и критически относятся к ее дисциплинарному и профессиональному развитию.	Т. Ольк Т. Раушенбах
Подход к преодолению трудностей, ориентированный на жизненный мир.	Основанный на феноменологической, гуманитарной, марксистской и повседневной социологической теории, подход, основанный на понимании жизненного мира адресатов, а также вопросов и задач социально-педагогической практики, направлен на предоставление людям возможности лучше управлять жизненным миром и руководить им.	Х. Тирш Л. Бониш
Социальная работа как профессия в области прав человека	Исходя из описания социальной работы, задача социальной работы заключается в содействии обеспечению соблюдения прав человека во всем мире, в частности, в интересах тех, кто исключен из существующих систем.	С. Штауб-Бернаскони
Рефлексивный, профессионально-теоретический	Социальная работа понимается под этим термином по-разному, например, Отто У/ Б. Дью как „наука о размышлениях“, которая должна составлять как теорию, так и „практику“.	Х.-У. Отто Б. Дью Ч. Нимейер
Подход "Возможности"	Основанный на современной модели справедливости, социальная работа приписывается социальной задаче расширения прав и возможностей людей и оказания им помощи в удовлетворении основных человеческих потребностей, потребностей и получении ресурсов, необходимых для жизни.	"Билефельдская" школа

В начале нового века в ФРГ происходит модернизация всех сфер жизни не последнюю роль здесь играет глобализация, информатизация, унификация системы образования в европейских концептах болонского процесса, что повлияло на изменение идентичности философии социальной работы, сформированной в конце XX века.

Как считают европейские ученые тектонические сдвиги произошли и в самом немецком государстве всеобщего благосостояния, которое постепенно отходило от социал-демократических идеологием переходя к неолиберальным ориентациям, при которых возникающие проблемы относились больше к индивиду, к его «зоне собственной ответственности», чем общественной или, тем более государственной.

Представители радикального неолиберализма, декларируя индивидуалистические ценности и отрицая коллективистские, например, такие как солидарность, взаимопомощь, взаимоподдержка и другие, продвигали идеологию о том, что «каждый человек является архитектором своего собственного состояния».

В немецком обществе обосновывались подходы, что жизнь человека является его личным проектом, исходя из этого посыла обосновывалось, что невозможно того или иного субъекта заставить позитивно социально функционировать в обществе. В этом контексте индивидуальные проблемы клиентов, возникающие в обществе, объяснялись отсутствием мотивации, гибкости, плохой компетентностью и отсутствием самодисциплины.

Данные подходы в общественном сознании и политики государственного благосостояния, направленной на приватизацию «ранее государственных сфер и социальных услуг» вносили новые дискурсы в философию профессиональной социальной работы, которая переходила от принципов «помощи для самопомощи» к принципам «руководства к самоуправлению».

Как считают немецкие специалисты, особенность философии современной профессиональной социальной работы заключается в том, что ее модернизация связана как с появлением новых, ранее не известных «маргинализированных групп», требующих «неклассических подходов» к решению их проблем, так и «маргинализацией» самой социальной работы, профессиональный статус которой в обществе постоянно падал, что отражалось на дефиците кадров в различных областях практики.

Рассматривая вызовы, с которыми сталкивается профессиональная социальная работа в Германии, решение которых необходимо осуществить в ближайшей перспективе, немецкие ученые сводят к следующим аспектам развития:

- рассмотреть социальную работу в контексте гражданской активности, политический аспект,

- осмыслить социальную работу в контексте экономических аспектов общественного развития, экономический аспект,
- признать, что теоретические основы социальной работы не выяснены в современном познании, необходимо обозначить перспективные исследования в этом направлении, гносеологический аспект,
- пересечение в практик с науками о здоровье и уходе, ставит перед социальной работой задачи по научной интеграции знания, междисциплинарный аспект,
- динамика клиентских групп требует модернизации профиля системы образования, подходов к систематизации и описанию квалификаций, образовательный аспект,
- информатизация, использование информационных сетей и коммуникаций, рост обработки и работы с большими массивами данных, требует переосмысления научных подходов к переосмыслению познания и технологий работы в практической деятельности, информационный аспект.

На этих вызовах и противоречиях формируются современные подходы в немецкой философии профессиональной деятельности в первой трети XXI века.



#### **1.4. Оформление клинической социальной работы во Франции**

Философия профессиональной деятельности во Франции будет формироваться в контексте общих тенденций, характерных для стран Глобального Севера в конце XIX века, в начале века XX, но в тоже время в подходах и генезису практики наблюдаются свои особенности и закономерности развития.

##### **1.4.1. Особенность становление помощи и поддержки во Франции в конце XIX века**

Философия социальной работы, ее практическая деятельность оформлялись с различных практических и теоретических полей, что в XX веке определится в единое направление практической и теоретической деятельности.



*С одной стороны*, как и во многих странах мира, философия практической деятельности формировалась под воздействием процессов активизации пролетариата, в данном случае французского. Французский пролетариат характеризовался высоким уровнем как политической активности, так и социальной, что выражалось в организации обществ взаимопомощи, политических и профессиональных союзов, которые защищали их права и осуществляли социальную помощь. На этом направлении в дальнейшем будет формироваться как система национального социального обеспечения, так и отдельная практика социальной работы, профессиональная помощь на предприятиях.

Пролетарские общества взаимопомощи являлись продолжением традиций взаимоподдержки, уходящими своими корнями в цеха и гильдии средневековой Франции. Однако общества взаимопомощи промышленных рабочих обладали рядом особенностей. В условиях, когда рабочие не имели собственности, были оторваны от родственных связей, труд не обеспечивал сносного существования, а при утрате трудоспособности практически они становились нищими, задачи обществ взаимопомощи состояли не столько в защите прав наемных рабочих, сколько в принятии мер по их социальному обеспечению.

*С другой стороны*, во Франции, большое внимание было уделено проблемам детства, традиция, заложенная еще с периода XVII века, с деятельности Винсента де Поля, являвшимся «защитником сирот и подкидышей». Однако на новом этапе их поддержка осуществляется со стороны государства, а не только благотворительными организациями, поскольку проблемы ранней профессионализации и маргинализации приводили к росту массовой детской безнадзорности, что станет предметом озабоченности власти на многие десятилетия. Это направление деятельности сформирует профессиональное направление, которое будет связано с теорией и практикой социально-воспитательной работы, а также таким направлением как социокультурная анимация.

Дети как наиболее уязвимые социальные группы в процессе индустриализации, берутся под особый патронаж государственной власти. В конце XIX века находят свои регламентации в области образования и патронажа несовершеннолетние заключенные. В 1889 г. государство принимает законы об отмене властных полномочий со стороны отца семейства. Спустя десять лет выходит закон о запрете детского труда в промышленности и сельском хозяйстве. Наконец, в начале XX века суды стали принимать решения о возможности помещения детей в общественные учреждения в ситуациях социального неблагополучия.

Новым этапом в деле помощи детям становится принятый в 1904 г. закон о помощи детям, который предусматривал различные механизмы их защиты в трудных жизненных

ситуациях: попечение, родительский контроль, помощь в образовании, помощь в защите при совершении детьми преступлений.

*И третье направление*, которое, как и во многих европейских, так и англосаксонских странах, определялось социальным женским движением, вызывавшими к жизни различные ассоциации, и в конечном итоге, их объединения перерастали в общества и организации. Переход от спонтанной помощи к организованной сопровождался организацией школ социальной подготовки, борьбой за «легитимизацию деятельности», признанием благотворительной деятельности - профессией на уровне государства. Это направление определяло дискурсы профессии социальной работы, которое будет перестать от феминистских дискурсов к общественным, благодаря решению «социальных вопросов» для всех граждан, а не только для отдельных ее представителей.

Активизация женского движения во Франции наблюдается в конце XIX в., когда создаются первые группы «христианских феминисток». Свою социальную программу они определили на Первом конгрессе по правам женщин, во время проведения Всемирной выставки в Париже. Выступая за поддержку политических и социальных прав женщин в современном обществе, они взяли на себя миссию по защите женщин от всех форм насилия, дискриминации и неравенства. Буржуазное французское общество сдержанно отнеслось к политическим инициативам нового «института милосердия», но несмотря на отсутствие общественной поддержки христианские феминистки организуют свою деятельность в рабочих кварталах промышленных городов.

В 1894 г. Мария Гаэри, активистка французской профессиональной социальной работы, по примеру английских и американских деятелей социальной благотворительности «движения поселений», открывает первый французский аналог сэттльмента. А в 1897 г. монахиня Мерседес де ля Мотт организывает первый французский социальный дом, комплексный центр индивидуальной и общинной социальной помощи. Социальный дом был открыт в рабочем квартале, в нем оказывались социальные, медицинские, образовательные услуги, женщинам предоставлялась возможность дополнительного заработка в швейных мастерских.

Социальные дома, организованные профессиональными сообществами, дали импульс для развития других типов социальных учреждений, а также таких форм массовой поддержки социально уязвимых слоев населения, например, таких, как общественные работы.

В этом историческом контексте начинает оформляться философия социальной работы как профессиональной деятельности. Рассматривая оформление профессиональной философии необходимо обозначить основные этапы ее становления:

- оформление философии профессиональной помощи в 1900 - 1939 гг.,
- становление социальных сервисов помощи в 1940-1950-е годы,
- философия помощи в дискурсах американской модели помощи индивидуальной работы, работы с группой, работы в комьюните» 1950-1990 гг.,
- развитие профессиональной философии в контексте европейских и мировых школ социальной работы в 2000-2020 гг.

#### 1.4.2. Оформление философии профессиональной помощи в 1900 - 1939 гг.

В рассматриваемый период, необходимо отметить, что идеологемы поддержки в Третьей Республике были направлены на содействие наиболее обездоленным гражданам, однако эта политика будет строиться в период между двумя мировыми войнами не столько исходя из идеи развития французского общества, сколько исходя из политики минимализма, удовлетворения минимальных потребностей обездоленных граждан.

Практика государственной и общественной помощи в начале XX в. обретает новые черты, в ее становлении участвовали как благотворительные организации, конфессиональные и феминистские, частные предприниматели, так и государственные органы.

В начале века во Франции принимается ряд законов, направленных на формирование системы социальной помощи. Этому предшествовали решения Международного конгресса благотворительных сил, который состоялся в 1889 г. в Париже. На этом конгрессе были заложены основополагающие принципы социальной помощи:

- принцип обязательной помощи государством коллективным обществам;
- принцип государственной помощи на основе территориального подхода и финансовой поддержки;
- принцип дополнительной поддержки, т. е. поддержки оказываемой частному лицу с учетом помощи в другой любой форме, например, помощи семье.

В соответствии с этими решениями во Франции в 1905 г. выходит закон о помощи престарелым, хроническим и неизлечимым больным.

Философия профессиональной социальной работы во Франции в этот период оформляется в двух секторах: промышленном и медико – социальном. Оформление профессиональной социальной работы в этих секторах было связано с активной деятельностью двух феминистских движений: синдикалистского феминизма и

католического социал-феминизма, каждый из которых внес свои дискурсы в практику социальной работы.

Представительницы *первого направления*, синдикалистского феминизма, радикального, политизированного крыла движения выступали за права женщин как наемных работниц, доступности для них избирательного права, права получения образования, выборности во властных структурах, вместе с тем они выступали за защиту женщин в семье, ее право на воспитание, отдельно определяя «сферу личной гигиены».

Как пишут исследователи, это направление сформировало социальные дискурсы в профессиональной философии. Как мы уже говорили выше «движение поселений» в рабочих кварталах создавали различные ранние социальные институты помощи среди них: швейные мастерские, бесплатные медицинские консультации, рабочие ассоциации и др. Именно в рамках этих акций и поселений М. Гаэри создает первую практическую школу в 1908 году «социального воспитания» со сроком обучения два года.

Женское профсоюзное движение в 1912 году инициирует открытие Социальной школы, целью которой было «обучение женской социальной элиты во всех социальных кругах ... и стремиться к установлению христианского социального порядка».

Однако первая практическая школа социальной работы открывается по инициативы пастора Думерга в 1913 году, учебная программа которой станет основой для развития социального образования в данный период.

В период Первой мировой войны активистки синдикалистского феминизма вели агитацию среди женщин, чтобы они шли работать на фабрики и заводы, вместо ушедших на фронт мужчин, в этом они видели эмансипацию женщин на данный момент исторического времени.

Экономические причины, массовая инвалидизация мужчин, вернувшихся после Первой мировой войны домой, а не только агитация активисток, дали импульс для работы женщин на фабриках и заводах. Однако французское общество столкнется с новыми, в этой связи проблемами, что потребовало открытие школ социальной работы, которые занимались проблемами женщин на предприятиях.

В 1917 году открывается школа интендантов, одна из первых школ социальной работы. По мнению французских исследователей, идеология социального служения, на которой основывалась философия профессионального обучения включала в себя как идеологемы социального христианства, так и светские идеи солидаризма. По сути это был «третий путь», который противостоял идеям либерализма и коллективистским идеям материалистического социализма.

Подготовка социальных работников в этой школе предусматривала работу с женщинами, занятыми на фабриках и заводах, особенно в военной промышленности. Программа предусматривала обучение социальных работников технологиям помощи женщинам во всех сферах их жизнедеятельности как производственной, семейной, так и личной.

Обучение технологиям социальной работы в производственной сфере были направлены на охрану труда женщины на производстве, в области поддержки семьи преподавались дисциплины ведения домашнего хозяйства, воспитания детей, уделялось внимание поддержке здоровья и личной гигиене женщины.

Философия профессионального обучения усложняется, после прошедшей в 1928 году в Париже Первой международной конференции социальных служб. На этой конференции французские социальные работники были представлены 361 делегатом.

На конференции методологические проблемы социальной работы осмыслились в контексте проблем помощи и поддержки эмигрантов и помощи детям. Конференция рекомендовала, чтобы практико – ориентированные подходы М. Ричмонд были взяты на «вооружение» профессиональными социальными работниками во всех странах мира, в том числе и во Франции.

Участница этой конференции И. Кнейбихлер вспоминала, что привлекательность этого метода было не только в том, что он давал возможность на научной основе объективно изучать проблему клиента, но и в том, что на мировом уровне признавалась легитимность действий женщин – благотворительниц. Их профессиональный статус в общественном разделении труда определялся как «дамы - работницы», социальные работницы.

На международной конференции были взяты за основу процедуры индивидуальной работы. Ситуация клиента рассматривалась в контексте различных факторов, ее определяющих. Конференция не только констатировала и закрепила в своих рекомендациях методологию работы с клиентом, но и поставила вопрос о необходимости разработки «науки о помощи».

Международная конференция повлияла на изменение подготовки социальных работников в социальных школах. Изменилось требования к дипломам, большое внимание уделялось в подготовке профессионалов исследованию случая, изучению проблем общества, «анатомии и физиологии общества», борьбе с социальными болезнями. Методология работы социальных служб выстраивается на основании трех главных принципов: «видеть, решать, действовать».

Международная конференция изменила дискурсы в профессиональной французской философии социальной работы. Введение термина «социальное служение» заменяло

распространенный в 20-х годах термин «социальная помощь». Термин определял новые дискурсы в философии помощи, где вектором развития должно было быть материальное и моральное благосостояние человека, что требовало от «действующих благотворительных сил» переходить от методов филантропической работы, к методам научной и профессиональной деятельности.

После Первой мировой войны, а особенно после Международной конференции наблюдается относительный рост школ социальной работы, с 1924 года по 1937 год, их количество увеличивается с пяти до одиннадцати. Как считали исследователи постепенно наблюдалась унификация программ обучения, формировались профессиональные и академические знания в области социальной работы, получали развитие принципы профессиональной этики и деонтологии, среди них такие как «самоотверженность, верность, альтруизм, сочувствие, которые социальный работник должен проявлять в своей деятельности».

Можно отметить, что путь получения диплома, как государственного признания профессии, выпускникам школ социальной работы был достаточно сложен. Поданное прошение в государственные органы в 1924 году получило отказ, на том основании того, что «профессия плохо определена» в структуре «действующих профессий», и только через восемь лет, в 1932 году социальная работа признается профессией, позволяющей выпускникам школ иметь государственный диплом.

*Второе направление*, которое определило социально-медицинские дискурсы в профессиональной философии определялось практикой католического социал-феминизма, идеологий которого основывалась на принципах взаимодополняемости между мужчинами и женщинами, когда нет превосходства одного пола над другим, мужчин над женщинами, и женщин над мужчинами. Социальная практика этого направления была сосредоточена вокруг проблем охраны здоровья женщины, медико-социальном направлении.

Медико-социальное направление помощи было направлено против такого распространенного заболевания как туберкулез. Открытая первая амбулатория в Лилле в 1901 году для народа, будет иметь своих последователей, когда открывается в 1905 году школа для обучения медсестер, которые бы оказывали помощь семьям на дому, где проблемам туберкулеза уделялось особое значение.

В 1922 году подготовка медицинских сестер приобретает системный характер. Расширяется сфера их профессиональной деятельности по борьбе с социальными болезнями такими как алкоголизм, проституция, по мимо работы с больными туберкулезом. Важным событием станут программы, в которые включаться медицинские сестры – это

программы школьной гигиены и борьба с младенческой смертностью. К началу 1938 года во Франции будет насчитываться тридцать три школы по подготовки медицинских сестер.

В 1938 году происходит слияние тридцати школ патронажных медсестер и двенадцати школ социальной работы в одну образовательную программу, с выдачей единого диплома. Философия подготовки социальных работников делился на три года:

- первый год обучения включал в себя обучение вместе с сестрами,
- второй- медико-социальная подготовка,
- третий год – социальная подготовка.

Как считают специалисты, необходимость объединения различных профилей обучения была вызвана экономическими, политическими и социальными причинами, важнейшими из них являлись:

- растущий спрос на квалифицированных специалистов-практиков для работы в ассоциациях самопомощи;
- влияние движения гигиенистов, которое стремится улучшить здоровье путем развития профилактики;
- «политическая воля», менеджериализм, «секторизации социальной работы».

Как мы уже говорили выше, философия профессиональной деятельности во Франции складывалась из различных практических и теоретических полей, она не ограничивалась идеологемами и практикой феминизма. Особенное место в формировании французских идеологем помощи занимала работа с детьми и подростками, лидером в этом направлении являлся Французский союз спасения детства, UFSE.

Французский союз спасения детства был организован в 1887 г., он принимал детей в свои учреждения после решения суда, проводил мероприятия по реабилитации детей и подростков.

Началом деятельности организации UFSE послужили события, связанные с развитием промышленности в конце XIX века во Франции. Массовая миграция крестьянских семей в города приводила к нарушению патриархального уклада жизни. Родители, занятые по 12 – 14 часов на производстве, практически оставляли своих детей без должного надзора, что приводило к их криминализации. Проблема осложнялась тем, что образование детей рабочих в этот период не считалось обязательным.

Участь детей – сирот была не менее драматичной. Дети-сироты, согласно действующему законодательству могли находиться под опекой в детских домах до 12-летнего возраста, после этого, если они не находили благотворителей, они оказывались на улице, где и занимались попрошайничеством. Французский союз спасения детства подключился и к этой проблеме.

Действие Союза строилось на первичной диагностике проблем ребенка, выяснялись причины его бродяжничества, но после того как предоставляли ему продовольствие, теплую одежду и приют. В том случае, если у ребенка были родители, то тогда к решению проблемы ребенка подключалась Церковь, местные власти, суды. В том случае, если ребенок был сиротой, то его устраивали в различные благотворительные учреждения.

При Союзе создавались временные приюты, которые постепенно охватывают территорию всей Франции. Тем не менее, проблемы устройства детей в благотворительные учреждения и временные приюты стояла достаточно остро. Вот почему, Союз начинает работу по организации устройства детей в приемные семьи, преимущественно в сельской местности.

Большое внимание организация уделяет детям, находящимся в тюремном заключении. В начале XX века в тюрьмах Франции находилось около 15 000 детей. Поэтому большое внимание Союзом уделяется не только освобождению этих детей, но и проблемам содержания их в тюрьмах, куда деятели Союза поставляют одежду, еду, книги, игры, «для тех, кто имел шанс спастись».

В 30-е гг., с углублением мирового экономического кризиса, во Франции наблюдается рост числа безработных, особенно среди молодежи. В этой связи появляются центры профессиональной переподготовки безработной молодежи, активизируются центры анимации, организованной досуговой деятельности.

В 1937 г. возникает педагогическое движение обучения активным методам воспитания — СЕМЕА, заложившее основы социокультурной анимации во Франции: организация досуга и каникул учащихся, воспитание и культурное развитие детей и подростков.

### **1.4.3. Профессиональная философия в годы оккупации и первые послевоенные годы 1940-1950-х годов**

Во время Второй мировой войны во Франции в период режима Виши, который сотрудничал с оккупационными нацистскими властями, была разработана политика, ориентированная на семью. Девиз Французской республики: «Свобода. Равенство. Братство», заменяется на девиз: «Труд. Семья. Отечество». В рамках нового режима разрабатывается семейная политика, ее идеологами становятся французские психиатры, деятельность которых будет направлена на «плохо адаптированных детей».

Выше мы уже говорили о том, что проблемы детства были в центре особого внимания феминистского французского движения в конце XIX начала XX века, что собственно определяло особые дискурсы профессиональной философии социальной работы.



Проблемы помощи детей в период оккупации принимают особые формы, что было связано со сложной криминогенной ситуацией, развернувшейся на всей территории Франции.

Ситуация в период оккупации осложняется массовым бродяжничеством среди детей и подростков, численность которых между 1939 – 1942 годами, согласно исследованиям, достигала 60000 человек. Пенитенциарная система не справлялась с таким количеством детей-бродяг, по свидетельству историков, все тюрьмы в этот период были переполненными, что также не способствовало стабилизации ситуации.

В этот период принимается решение Министерством здравоохранения о передаче «плохо адаптированных детей» под опеку врачей и психиатров. Проект министерства предполагал изучение поведения «конституционных извращенцев», так определяли детей-бродяг, и дальнейшее их распределение по коррекционным учреждениям.

Дети делились на две категории, тех кого возможно было реабилитировать, и тех, кто реабилитирован быть не мог.

Неадаптированные дети направлялись в психиатрические учреждения, а «плохо адаптированные» в специальные учреждения, где через методы социального воспитания добивались «их выздоровления».

«Выздоровление» предполагало формирование новых морально-волевых и социально-психологических характеристик воспитанника. В качестве гражданского идеала, ориентира воспитания, к которому должны были стремиться реабилитируемые был «бойскаут». Это был идеал гражданина, воплощающий в себе лидерские качества, дух патриотизма, чести и отваги, к чему должны были стремиться реабилитируемые дети и подростки. На этих основаниях начинают разрабатываться в 1942-43 годах как первые программы социального воспитания, так и первые программы подготовки специализированных педагогов, чему способствовал Закон о детях-правонарушителях 1942 года.

Первыми педагогами в данных учреждениях были выходцы из различных социальных слоев, в отличие от социальных работников, профессионалами в основном были мужчины, а не женщины, «выходцы из скаутов, армии и молодежных движений».

После Второй мировой войны начинается новый этап развития философии профессиональной социальной работы во Франции.

В 1945—1946 гг. во Франции закладываются основные направления социальной защиты населения: социальное страхование, семейные пособия и страхование на случай производственного травматизма.

К концу 1946 г. система социальной защиты охватывала 53% населения страны. При этом она не распространялась на представителей сельскохозяйственных и свободных профессий, вот почему в последующие годы законодательство в области социальной защиты реформировалось в направлении улучшения социальной защищенности представителей других профессий.

В 1946 г. в преамбуле к конституции Франции говорилось: «Любой человек, который ввиду своего возраста, физического или умственного состояния, или экономического положения не имеет возможность трудиться, имеет право на получение от общества необходимых средств к существованию».

Важным этапом в развитии системы социального обеспечения во Франции стал кодекс о социальной защите 1956 г., согласно которому была создана единая кодификация законодательства в области социальной защиты человека и его прав в государстве.

Во Франции в данный период действует *принцип разделения общенациональной солидарности*, осуществляемой государством, и *местной солидарности*, осуществляемой департаментами и общиной.

Французское право рассматривает обращение индивидуума к коллективной солидарности как исключительное явление. Помощь — право субъекта, но она подлежит ограничительному толкованию, имеет вспомогательный, алиментный и возмещающий характер.

*Вспомогательный характер помощи* подразумевает отсутствие у субъекта, кроме этой помощи, иных средств, достаточных для удовлетворения его потребностей.

*Алиментные обязательства* возникают у родственника по отношению к отдельно живущим нетрудоспособным членам семьи (детям, родителям и т.п.). Исполнение алиментных обязательств в случае необходимости может происходить по решению суда.

*Возмещение* — компенсация обществу той социальной помощи, которая регулярно предоставлялась нуждающемуся.

«Пост- тоталитарная» или «пост – вишистская» Франция определяла в данный период не только новые векторы развития социального обеспечения, но и новые области подготовки социальных работников. Послевоенная миссия социальных работников после освобождения Франции складывается вокруг новых потребностей общества: в обслуживании на дому, в санитарном обслуживании и социально – медицинской помощи. Эти общественные потребности являлись ориентирами в подготовке социальных работников в данный период.

Философия развития социальной работы в направлении общественной гигиены определялась тем, что после войны наблюдался рост различных пандемий, включая

туберкулез. Поэтому не случайно уже к 1948 году во Франции подготовку дипломированных специалистов ведут 65 государственных школ в различных провинциях, 12 школ были организованы при госпиталях, а 40 школ при поликлиниках для вспомогательного персонала. К 1950 году было подготовлено по данному направлению более 14 000 социальных ассистентов и вспомогательного персонала.

#### **1.4.4. Философия помощи в дискурсах американской модели помощи в 1950-1990 гг.**

Однако к 1954 году происходит сокращение программ в данном направлении. Это было связано с тем, что социально - санитарные проблемы в обществе были в основном решены, и подготовка социальных работников в секторе социальной гигиены ограничилась 2 978 человек, тогда как в общественном секторе подготовка социальных работников увеличилась до 9 372 человек, изменение вектора обучения по другим направлениям определялось социально – экономическими проблемами общества.

В этот период школы социальной работы традиционно продолжали подготовку социальных ассистентов, по работе с детьми, однако наблюдается смещение акцентов в этом направлении. Практика деятельности социальных работников сосредоточена вокруг совместной работы с судами по делам несовершеннолетних, особенно с той группой детей, которая не могла быть привлечена к уголовной ответственности, т.е., несовершеннолетними. Этому способствовали законы о защите несовершеннолетних, которые выходят в данные годы, они-то и определили направление характера деятельности в социальных работников и систему их подготовки в профессиональных школах.

В 50- х годах формируется профессиональная ассоциация социальных работников (ANAS), в нее входят ведущие школы социальной работы среди них Медико – Педагогический Институт, Медико – профессиональный Институт и ряд других.

Ассоциация проводит ряд конференций, которые посвящены анализу состояния методологии социальной работы на этапе ее пост классического развития. Осмысляются такие компоненты социальной работы как посещение на дому, анкетирование, собеседование и т.д. В этот период происходит переосмысление методов социальной работы, понятийного языка теории социальной работы. Так термин «методы» заменяется термином «техники», который более точно соответствовал процессам взаимодействия на практике социальных работников с клиентами.

В 50 – х годах происходит возрождение метода индивидуальной работы со случаем во Франции. Технология индивидуальной помощи клиенту «работа со случаем», предложенная М. Ричмонд в 20-х годах, известная и принятая социальными работниками,

в данный период обогащается техниками современного психоанализа. Это дает возможность профессионалам работать не только с отдельным клиентом, но и с группой, а также с семьей.

Широкое распространение обновленного метода социальной работы со случаем во Франции получает после прохождения международной конференции в Париже в 1950 году. Эта конференция дала толчок для распространения индивидуальной работы со случаем по всей Европе. Конференции по данной тематике прошли в 50-х годах не только в европейских странах, таких как Голландия, Швейцария, Финляндия, но и в Северной Африке и Израиле.

Однако нельзя говорить о том, что во Франции метод индивидуальной работы со случаем в североамериканском варианте берется профессиональным сообществом без существенных изменений. Можно наблюдать в этот период, как сторонников, так и противников данного подхода работы с клиентами. Вот этом противостоянии, выдвижение различных альтернатив профессиональными сообществами, дало импульс для поиска национальной модели индивидуальной работы с клиентом, которая окончательно сложится только к концу 80-х годов.

В 50-е годы обращение к философии северо – американской модели социальной работы было вызвано не только профессиональными интересами, но и политическими мотивами. В этот период начинается обострение отношений между Советским Союзом и Соединенными Штатами Америки, эти годы определяются в мировой истории как начало холодной войны.

Во Франции было достаточно большое количество политиков, служащих, интеллектуалов, которые в этом противостоянии отдавали свое предпочтение США. Именно в этом можно видеть одну из причин интереса к североамериканским моделям социальной работы, представителей среднего класса, работающих в данной отрасли. Однако в этот период было немало социальных работников, которые не были приверженцами данной модели, и здесь были не только политические, но и идеологические расхождения в подходах к данному методу.

Представители «католического крыла» социальной работы были против, техник американской модели индивидуальной работы, так как она базировалась на концепциях Э. Фрейда, идеи которого не принимала римско – католическая Церковь. Среди профессионалов в области социальной работы эта группа составляло достаточно большое количество.

Неприятие данного метода наблюдается и со стороны «левых сил». Психологи марксисты, считали, что психоанализ абсолютизировал проблемы клиента, исходя из его

сознательных и бессознательных процессов. Анализ проблемной ситуации в этой связи осуществлялся только в контексте отношений социального работника и клиента. В связи с чем, по мнению данных представителей, игнорировались, важнейшие факторы, влияющие на сложную социальную ситуацию человека, среди них общественное развитие, классовые противоречия, система справедливого распределения. Тем самым из процесса анализа проблемной ситуации клиента «изымалась» социальная проблематика, то, что являлось «нервом» профессиональной социальной работы.

Можно отметить, что проблемы метода были актуальны скорее для академического сообщества социальных работников, чем для практиков.

После войны практические социальные работники разворачивали свою деятельность в области социального обеспечения, помощи и поддержки наиболее уязвимых слоев населения, которыми в данный период были, дети, семьи, престарелые.

Отсюда их деятельность была направлена на большие социальные слои, что в массе своей деятельности, техники индивидуальную работы были менее актуальны. Социальная работа в данный период разворачивается по таким направлениям как организация лагерей отдыха, обществ взаимопомощи, обеспечение семей пособиями. Таким образом, проблемы социально – экономической помощи населению были более актуальны, чем теоретические и практические вопросы, связанные с работой со случаем.

И, тем не менее, метод индивидуальной работы, изменяясь, постепенно, несмотря на трудности объективного и субъективного характера оформлялся в особое направление практики профессиональной деятельности социальной работы. Среди наиболее значимых факторов можно отметить:

- переход на научный отбор данных о клиенте,
- развитие подходов к диагностике ситуации клиента,
- поиски обоснования оптимальных планов работы с клиентом,
- обоснование направлений помощи клиенту в соответствии с его потребностями в развитии.

Немалую роль в определение индивидуальной модели помощи сыграли психологические теоретические работы таких исследователей как Ж. Пиаже, Э. Эриксон, К. Левин и ряд других, которые обогатили теорию индивидуальной работы со случаем. Все эти факторы привели к тому, что в 60-х годах во Франции индивидуальная модель социальной работы, рассматривается как модель «индивидуальной психосоциальной помощи», что значительно расширяло и углубляло подходы работы с клиентом.

Как считают исследователи, именно индивидуальная работа со случаем позволила изменить философию деятельности, «вырваться» из медицинской парадигмы, определив

новые дискурсы ее познания и практики, в этой связи актуализировались концепции помощи.

Однако протестные события во Франции в мае 1968 года вновь изменяют дискурсы философии социальной работы. Протестные движения против новых форм капитализма, кризис французского государства всеобщего благоденствия вызвали общественную критику практики и философии социальных работников.

Традиционно в французском обществе социальная работа рассматривалась как одна из форм социальной активности, но она таковой не являлась в данный период.

Индивидуальная помощь, построенная на индивидуальном запросе, по мнению французских интеллектуалов, таких как М. Фуко, «адаптировала» социальных маргиналов к условиям буржуазного общества, тем самым социальные работники не выполняли свою общественную миссию, не «боролась за права угнетенных», как это делали их предшественники.

Согласно взглядам, М. Фуко социальная работа являлась частью государственного механизма «надзора- исправления», который от столетия к столетию охватывал все новые области. Выполняя функции социального контроля, воздействуя на субпролетариат, социальные работники осуществляли миссию наставничества, от которой в буржуазном обществе отказались интеллектуалы и учителя, практически они стали выполнять полицейские функции, функции контроля в гражданском обществе.

Однако, несмотря на общественную критику философия индивидуальной работа со временем останется на многие годы ведущим направлением практики и подготовки в социальных школах.

В философии профессиональной помощи в 80-90 х годах наблюдается очередной кризис в социальной работе, который был обозначен как «кризис идентичности», чему способствовали ряд политических и экономических факторов.

С одной стороны, в данное время наблюдалась маргинализация населения, за счет притока мигрантов из стран Африки и Азии. Этнические мигранты, которые пополнили ряды «субпролетариата», поставили перед необходимостью пересмотра социальными работниками сложившиеся виды помогающих практик, поскольку они становились не эффективными, особенно в муниципалитетах, в местах проживания этнических мигрантов.

С другой стороны, проблемы занятости населения в городах, новая градостроительная политика, процессы урбанизации, которые вызвали к жизни профессию социальной работы в начале XX века, в конце века стали одним из условий появления новых социальных профессий.

Новые профессии стали «разрушать монополию социального работника» на оказание помощи в обществе. Такие профессии как менеджер проектов, агент развития, социокультурный аниматор, социальный координатор и ряд других, а также волонтеры создавали конкуренцию, вносили новые дискурсы в общественное сознание о сущности философии помощи. Новые социальные профессии становились либо «конкурентами» на рынке социальных услуг, либо они «размывали» идентичность социальной работы.

С третьей стороны, профессия, которая формировала свое знание на основе различных научных парадигм: социологии, антропологии, психологии, права, столкнулась с управленческими науками, интегративными подходами в теории и практике самой социальной работы, которые отражали новые постмодернистские уровни познания, что также не способствовало сохранению профессиональной парадигмы философии социальной работы.

Все эти факторы потребовали пересмотра философии профессионализма, изменения, наступившие в начале нового века.

#### **1.4.5. Развитие французской модели социальной работы в контексте европейских и мировых школ социальной работы в 2000-2020 гг.**

В начале XXI века происходит изменение в философии профессиональной помощи, что было связано с европейскими и мировыми тенденциями социального образования.

В начале XXI века Французская ассоциация учебных и исследовательских организаций в области социальной работы (UNAFORIS), активно включается в процессы изменения программ обучения социальных работников в университетах и профессиональных школах, чему не мало способствовал Болонский процесс.

Реформы обучения во Франции (2007, 2011, 2018) привели к пересмотру в учебных центрах программ подготовки социальных работников в контексте болонских принципов образования, что привело к унификации программ обучения, которые стали формироваться на общем подходе «философии социального вмешательства».

Философия социального вмешательства, представляла собой ряд принципов и подходов, которые определяли дискурсы образовательных программ, определяющих идентичность профессиональной деятельности на новом историческом этапе развития социальной работы.

Философия социального вмешательства основывалась на идеологемах коллективных действий, представленных теоретическими подходами С. Алинского и П.

Фрейере, а также философии действий, определивших «революционные события» мая 1968 года. Философия социального вмешательства основывались на ряде принципов:

- коллективных интервенций,
- строительства индивидуальных треков развития,
- жизнедеятельности субъекта в цифровом обществе,
- альтернатив,
- территориальности,
- инклюзивности.

Философия социального вмешательства основывалась на принципах коллективных интервенций профессионалов и клиентов, «ориентированных на потребности пользователей услуг в организации и продвижении условий их жизнедеятельности, позволяющих им в полной мере участвовать в преобразовании своей ситуации».

Другой уровень философии социального вмешательства раскрывался через принципы индивидуальных треков развития. В основе – гражданская активность субъекта, принятие им решений на индивидуальном и общественном уровне.

Третий уровень философии социального вмешательства определялся особенностями жизнедеятельности человека в условиях цифрового общества. Цифровые технологии – это новый дискурс в социальной работе, который должен способствовать позитивным изменениям в профессиональной практике, генерации инноваций, а также содействовать доступу клиентам к получению государственных услуг, защите их гражданских прав.

Принцип движения к “альтернативам” раскрывает следующий уровень философии социального вмешательства. В основе раскрытие проактивной культуры, помощь населению в «неиспользованных социальных правах», движение к людям в поддержке «неудовлетворенных потребностей», особенно актуальных в нестабильных и кризисных ситуациях.

Территориальный принцип философии социального вмешательства, должен учитывать реализацию технологий социальной работы исходя из особенностей поселения клиентов, городского или сельского.

Учет деятельности профессионалов в условиях городского поселения как нищета, радикализация, насилие, сложности с социальными и культурными кодами населения, проживающих на территориях должны определять один вектор интервенций, который не обязательно должен коррелироваться с деятельностью профессионала в условиях сельского поселения.



Философия профессиональной деятельности в сельской местности, согласно французским реалиям, должна была учитывать необходимость ухода за людьми из сельских районов, которые чаще сталкиваются с проблемами доступа к государственным услугам.

Принцип социально-профессиональной интеграции в инклюзивной динамике, раскрывается в подходах «обеспечении доступа к работе и коллективной полезности наиболее уязвимых групп населения в инклюзивной динамике», когда постоянно учитываются особенности инвалидизации населения в контексте социально-экономических проблем общества.

Философия социального вмешательства определила в XXI веке новый поворот в ролях социального работника. Традиционная схема социального работника как «кейс менеджера», построенная на управленческих подходах, «подходах менеджериализма», в французской практике помощи определялась в новых дискурсах «референта карьерного пути». Данная философия больше направлена на противодействие формированию механизмов социального иждивенчества, которое формируется благодаря «удовлетворению потребностей клиента», и она больше обращена не только «усиленную поддержку», но на сотрудничество социального работника с клиентом, вовлекая последнего в процесс активного принятия самостоятельного решения по разрешению возникших

В этих подходах к философии помощи формируется профессиональная идентичность современной французской социальной работы.

### **Общие выводы**

Социальная работа в условиях Глобального Запада развивалась как система контроля над различными группами населения. Социальные исторические события как в Европе, так и США такие как массовое рабочее движение, профсоюзное движение, политическая активность масс потребовало от правящих элит искать новые формы управления и контроля, отличающихся от благотворительных практик конфессиональных организаций и среднего класса. Таким инструментом в странах Глобального Севера становится социальная работа, позволяющая оперативно решать локальные общественные проблемы на различных уровнях.

Как показала историческая практика различные политические режимы достаточно успешно через профессионалов реализовывали свои социальные программы, контролировали общественное поведение, а в отдельных случаях общественное сознание, добиваясь через механизмы социальной солидарности поставленные цели.

Профессиональная социальная работа изменялась от моделей адаптации к моделям клиники, когда на определенном этапе проблемы биопсихосоциального развития,

становились более актуальными, чем «удовлетворения» базовых потребностей различных социальных групп.

Необходимо отметить, что по отношению к Глобальному Югу профессиональная социальная работа Глобального Севера выступала как определенный процесс «колонизации сознания», что приведет к началу XXI века к массовому движению, к коренизации, поиску национальных моделей помощи человеку в рамках своих культур.

### Вопросы и задания

1. Раскройте основные причины влияния американской модели социальной работы на европейские страны.
2. Как различные модели психоанализа повлияли на становление американской социальной работы в XX веке?
3. Сравните особенность диагностических и функциональных подходов, на основе классического психоанализа и ранкианской психологии.
4. Как идеи неотрейдизма изменили американскую модель социальной работы?
5. Покажите особенность становления британской модели социальной работы.
6. В чем особенность поддержки населения в Великобритании в начале XX века?
7. Чем подход «британской новой филантропии» отличается от «американских концептов новой филантропии»? Как Вы думаете, почему в Европейских странах стала доминировать американская модель новой филантропии?
8. В чем особенность британской модели социальной работы в начале XXI века?
9. Покажите особенность формирования немецкой социальной работы в начале XX века?
10. Сравните ранние подходы немецкой социальной работы и периода расовой социальной работы.
11. Покажите особенности становления социальной работы в Западной Германии в 50-60-е годы.
12. Как Вы считаете не является введение дискурсов социальной педагогики в теории социальной работы «как своеобразный протест» немецких ученых против «американской социальной работы»?
13. Какие тенденции профессиональной немецкой социальной работы характерны в начале нового столетия?
14. Французские подходы к институционализации социальной работы: общее и отличное.

15. Как французское феминистское движение повлияло на оформление практики социальной работы?
16. Сравните немецкую и французскую модель социальной работы после Второй мировой войны.
17. Какие тенденции характерны для французской модели социальной работы в начале нового века.

### **Задания**

Напишите рефераты по следующим темам:

1. Американский психоанализ начала XX века и практика становления социальной работы.
2. Отто Ранк и его влияние на становление функциональной школы социальной работы.
3. Неофрейдисты и становление психосоциальной работы во второй половине XX века в США.
4. Британская модель социальной работы в XX веке.
5. О. Хилл и ее роль в развитии национальной социальной работе.
6. Социальная работа в Великобритании в период становления государства всеобщего благоденствия.
7. Британская парадигма единого подхода в начале нового века: общая характеристика, тенденции, динамика развития.
8. Немецкая парадигма социальной работы: общая характеристика в XX веке.
9. Роль А. Соломон в становлении немецкой модели социальной работы.
10. Б. Паппенгейм – от клиентки З. Фрейда к активистке феминистской социальной работы в Германии: биография, деятельность, судьба.
11. Социальная работа и социальная педагогика в Германии: дискурсы противостояния или протеста?
12. Немецкая модель социальной работы после объединения Германии.
13. Социальная работа в Германии в дискурсах постмодернизма в новом веке.
14. Особенность социальной работы во Франции в начале XX века.
15. Деятельность М. Газри по активизации сдвижения домов поселения во Франции.
16. Феминистское движение и процессы институционализации во Франции между двумя мировыми войнами.
17. Социальная работа во Франции в 60-90е годы.

18. Особенность институционализации социальной работы во Франции в начале нового века.

## Глава 2. Становление профессиональной социальной работы в России

Социальная работа как профессиональная деятельность, область познания и направление специального образования в России в XX и XXI веках проходило сложный и противоречивый путь развития от идеи к практике, и от локальной практики помощи пожилым и инвалидам, к профессиональной помощи различным группам населения.

Теория и практика социальная работа в России оформлялась в логике цивилизационных процессов родового, а затем реципрокного альтруизма и в XX веке ее трансформация осуществлялась в исторических ситуациях деимпериализации, десоветизации и процессов демократизации, что наложило национальное и культурно-историческое своеобразие на отечественную модель помощи и поддержки.

Исторически сложившиеся социальные институты помощи, выполнявшие функции поддержки, интеграции, контроля, имели многообразные формы организации: государственные, общественные, конфессиональные.

Философия модернизации социальной работы в России в XX веке отличалась от форм общественного и частного призрения предшествующего времени, реализация процессов помощи в профессиональной парадигме был не столько линейный процесс, где процесс институционализации осуществлялся от простых форм поддержки к более сложным, а как процесс стохастический, для которого были характерны процессы конвергенции и дивергенции.

Модернизация помощи в XX веке в России осуществлялась в различные исторические эпохи, где наблюдалась смена власти и социальной политики, системы социального обеспечения и социальной помощи, в течении века происходило такое количество общественных трансформаций, которые не наблюдалось ни в странах Глобального Севера, ни в Странах Глобального Юга. Эти изменения существенно меняли философию профессионализма, формируя в различных идеологемах имперских, советских, демократических модели помощи и поддержки человеку, находящемуся в трудной жизненной ситуации.



## **2.1. Философия общественного призрения и частной благотворительности на рубеже веков**

На рубеже веков в Российской империи происходят изменения в философии общественном призрении и частной благотворительности. Можно наблюдать, что эти изменения начинали приобретать характер профессиональной помощи, среди различных тенденций, характеризующих институционализацию профессиональных подходов необходимо отметить, следующие основные тенденции:

- изменение социально-исторического контекста, требующего пересмотра сложившуюся практику помощи,
- оформление подходов к осмыслению противоречий практической деятельности на основе научного анализа,
- рост и тенденции объединений, занимающихся деятельностью в области общественного призрения и частной благотворительности,
- осмысление с научных позиций потребностей клиентов, их классификация, изменение мировоззрения

### **2.1.1. Изменение исторического контекста философии общественного призрения и частной благотворительности**

На рубеже веков, тенденции, которые оформлялись после отмены крепостного права достигают своих критических противоречий. Миграция крестьянского населения из поселений в «фабричные» и губернские города вызвали социально-патологические тенденции, которые требовали пересмотра действующего законодательства в области общественного призрения.

Миграция населения трансформировала прежде всего сложившуюся систему общественного призрения и это было связано прежде всего с тем, что законодательством не было предусмотрено оказание помощи человеку, по месту его нового проживания.

В Российской империи, на основе действующего законодательства помощь оказывалась на основе принадлежности к тому или иному сословию, а с другой стороны, в основе помощи нуждающемуся лежал принцип «приписки», соотнесения с «родиной», нуждающегося в помощи.

Закон не предусматривал оказания помощи, в том случае если человек менял свое местопребывание, где автоматически изменялся его социальный статус. Практически около 22 млн. человек, покинув места своего постоянного проживания, мигрировавших после отмена крепостного права, оказались в ситуации, когда на них не распространялось право помощи.

Вторая глобальная проблема, возникающая в данный период была связана с налоговой системой. В связи с тем, что сложившаяся система финансирования была «привязана» к месту оседлости человека, в том случае, когда он менял свое место жительства он не мог получить поддержку со стороны государства до тех пор, пока он не приобретал статус нового «сословия».

Однако, изменив свое место проживания и не найдя работу в городе, человек не мог найти поддержку от учреждений общественного призрения, поскольку он не имел сословного статуса. В этой связи он мог получить помощь либо от частных благотворителей, либо христианских приходов, на основе традиций христианской благотворительности.

В этой связи, стал вопрос о развитии в городах, куда мигрировала большая часть крестьянского населения, органов городского самоуправления с правовыми и финансовыми полномочиями, для организации общественного призрения на местах. Более того ставился вопрос о необходимости объединения, на основе территориального принципа всех благотворительных сил, чтобы «создать стройную систему общественного призрения в России и согласованную с требованиями времени».

Существенные изменения произошли и в структуре клиентелы. В обществе оформились массовые группы населения, которые требовали особого внимания со стороны «благотворительных» сил общественного призрения и частной благотворительности.

*Первая группа нуждающихся*, условно можно назвать как «новые бедные», - это не нашедшие работу в городе, люмпен пролетарии. Деклассированная группа населения утратив собственность, но имея мотивацию к труду, они тем не менее не имели возможность реализовать себя на рынке труда, поскольку город и производство не могли предоставить им в необходимом объеме жилье и работу.

«Резервная армия труда» превышала возможности промышленного производства, что приводило к тому, что потенциальные «наемные рабочие» находилась в ожидании случая получить работу, находясь в ситуации, по мнению исследователей в «абсолютной нищете». В этой связи благотворительные организации и учреждения, в «фабричных центрах» разворачивали свою деятельность в направлении помощи пролетарским массам исключительно на поддержание их жизнедеятельности.

Согласно сведениям, собранным статистическим сборником «Благотворительность в России» за 1901 год, из 4762 благотворительных обществ 32% или 1582 общества занимались поддержкой рабочего класса по следующим направлениям:

- «выдача денег» (1182 организаций),
- «предоставление работы» (32 организации),

- оказание «пропитания» (15 организацией).

Практически деятельность благотворительных организаций была сосредоточена на вспомоществовании обеспеченных классов необеспеченным, на основе социальной солидарности и христианского милосердия.

Однако, если в первом случае противоречия, которые возникли в связи со спросом и предложением на основе рыночных отношений, возможно было разрешать, по мнению исследователей того времени, за счет механизмов городского самоуправления и местной налоговой системы, то *проблемы «психически больных», второй проблемной группы* требовало вмешательства государства.

Рост численности людей с различными психиатрическими заболеваниями, было связано не только, как писали исследователи того времени, «благодаря повышающимся довериям в народе к врачебному персоналу и общей его культурности». Проблемы были более глубокие и массовое пьянство, и алкоголизм среди населения. Исследователи этого времени определяли такую его типологию как «социальный алкоголизм», связанный «социальной необеспеченностью и неуверенностью в завтрашнем дне».

По исследованиям русского ученого И. Сикорского, изучавшего проблемы влияние спиртных напитков на продолжительность жизни, было выявлено, что «смерть от опоя водкой», была самой высокой в конце XIX века и она была выше, чем смерть от насильственных действий. Согласно статистике, эта «внезапная смерть» на рубеже веков «настигла» свыше 84 тыс. человек.

Изменение уклада сельской жизни, разрушение крестьянского религиозного мировоззрения столетиями формировавшегося в «закрытой системе» патриархального общества, дало импульс для роста деструктивных сект, которые спровоцировали, по словам русского ученого В. Бехтерева, массовые психические эпидемии на многих территориях Российской империи. Неслучайно, что эта проблема являлась одной из главных тем Первого съезда по общественной и частной благотворительности в начале XX века.

Проходящие съезды благотворительных сил определив главные стратегии помощи таким группам как «калеки» и «больные проказой», постепенно выходили на понимание того, что данные виды поддержки невозможно оказать, как и психиатрическую, вне профессиональной помощи. В этой связи философия профессиональной помощи разворачивается в двух направлениях, создание проектов реформирования системы общественного призрения и частной благотворительности и поиск подходов к управлению помощи на основе территориально- административных подходов.

### **2.1.2. Динамика изменения философии общественного призрения и частной благотворительности**

Проекты реформирования общественного призрения и частной благотворительности существенно отличаются от проектов реформирования общественного призрения рубеже XVIII-XIX веков. Предлагаемые проекты с одной стороны выдвигались учеными или общественными деятелями, которые занимались данными вопросами как на уровне управления общественным призрением и частной благотворительностью как, например, К. Грот, В. Герье, так и на уровне научного осмысления, например, Е. Максимов, С. Гогель и другие.

Таким образом можно говорить о «научной» и «управленческой» специализации в подходах к философии общественного призрения и частной благотворительности, что не наблюдалось на предшествующих этапах.

К. Грот, Е. Максимов, В. Герье в своих проектах предлагали изменить подходы к принципам общественного призрения, выдвинув «принцип обязательности». Так, например, В. Герье считал, что общественное призрение должно быть обязательным для всех граждан, так как это не только являлось одним из «благ современной жизни», обретенное человечеством в процессе эволюционного общественного развития, но и обязанность современного государства в его «культурном предназначении».

Однако эти подходы к принципам общественного призрения были отвергнуты действующим Сенатом, распространяя принцип обязательности призрения только на «душевнобольных», поскольку они представляли опасность для окружающих.

В. Гаген, отталкиваясь от понимания сущности общественного призрения, рассматривает его с позиций двух подходов: «узкого подхода» и «широкого подхода».

Узкое понимание «общественного призрения», связано с такими видами помогающей практики, которая направлена на «удовлетворение первейших человеческих потребностей».

Широкое понимание общественного призрения, он связывал с содействием экономическому благосостоянию «населения вообще и отдельных его групп или лиц в частности». Исходя из таких подходов к общественному призрению, В. Гаген выдвигает новые принципы помощи и поддержки населению.

В основе общественного призрения должны лежать принципы солидарности между имущими и неимущими классами, где право на призрение беднейших слоев населения является гражданском правом индивида. В этой связи общественное призрение, является своеобразным общественным инструментом, позволяющим добиваться равенства в ситуации ««несправедливого распределения» между беднейшими слоями населения и «состоятельными лицами» и «предприятиями».



Дискурсы философии профессиональной помощи были направлены, не только на поиск оптимальных принципов помощи, объединявшие в себе ее различные организационные формы, но и выстраивание организационной системы на различных уровнях.

Так П. Георгиевский предлагал систематизировать государственные органы призрения на три уровня, в зависимости от решаемых задач на низшие, средние и высшие.

Низшие органы общественного призрения, должны выполнять работу оперативного характера «в случаях, не терпящих отлагательства».

Средние восполняют деятельность существующих частных благотворительных организаций и отдельных лиц. При чем, П. Георгиевский предлагал «встраивать» деятельность государственных служб, в исторически сложившиеся общественные и конфессиональные институты помощи, а не реформировать их, нарушая тем самым сложившиеся межинституциональные связи. При этом принцип координации, соглашения совместных действий, должен быть ведущим в многоуровневом взаимодействии.

Высшие органы общественного призрения должны были контролировать и поддерживать деятельность государственных и общественных структур.

Подходы В. Герье были направлены на систематизацию различных видов деятельности, применительно к нуждающимся группам помощи.

Констатируя тот факт, что в Российской империи сложилась система «открытой» и «закрытой» помощи, что было характерно в это период для европейских стран, в проекте В. Герье предлагалось, что данные формы призрения, по характеру оказания помощи должны были быть «трех родов», каждому из которых должна была соответствовать своя группа нуждающихся:

- постоянное попечение: «взрослые и дети», «одержимые» болезнями, «требующие постоянного ухода»;
- срочное попечение: «дети», до того возраста, когда они смогут самостоятельно содержать себя;
- временная помощь: в случаях болезни, «временных невзгод», отсутствия заработка или должности.

Философия профессиональной помощи начинает оформляться не только в подходах к принципам помощи и организационной структуре, но и в подходах осмысления практики, которую должны были осуществлять деятели общественного призрения.

С одной стороны, ряд «клиентов» общественного призрения таких «душевнобольные», «калеки», «прокаженные» осмыслялись в контекст только профессиональной помощи. При чем, необходимо отметить, что в американской

социальной работе в работе с психиатрическими больными помощь рассматривалась тоже только как профессиональная, именно на этой практической базе будет формироваться социальная работа как профессия. В этом сходстве подходов можно найти единую историческую логику профессионального «мейстрима».

*С другой стороны,* на данном этапе в России большое внимание уделяется проблемам реорганизации практики общественного призрения и частной благотворительности, что требовало осмысления процессов управления. В этой связи, в предлагаемых проектах уделяется большое внимание этому вопросу. Проблема попечителей, непосредственно осуществляющих координационную работу между общественным призрением и частной благотворительностью на уровне «управ» и «участковых попечительств» является актуальной задачей данного времени.

Однако, проблемы индивидуальной помощи в этот период стоит не менее остро, особенно к подходам к бедности в среде пролетариата.

С.К. Гогель считал, как и многие европейские ученые, что бедность пролетариата «коренится не столько в личности, сколько в общественных условиях, в экономическом строе». Однако в философии профессиональной помощи в начале XX века возобладают дискурсы не изменения окружающей среды, терапии среды, а терапии «души», индивидуального подхода к проблемам человека нуждающегося, на что были свои объективные социально-политические и социально-экономические причины.

На формирование философии «индивидуального терапевтического подхода», индивидуальной помощи, т.е. «терапии индивидуальности», а не среды, играли два основных фактора в данный период:

- предреволюционная обстановка в России,
- сложившиеся традиции сословной помощи «социально-необустроенным классам» деятелями общественной и частной благотворительности.

*Во-первых,* в обществе было явное понимание того, что революционные события 1905 года, расстрел рабочих на Ленских приисках 1912 года, в результате которых стачки охватили всю страну не позволяли реализовывать «радикальные технологии помощи» по демократизации общества. Данная активность рассматривалась бы со стороны правящими элитами исключительно как «подрывная деятельность» по свержению существующего строя, что не позволяло реализовывать модели реформирования общественного призрения через политически-ориентированные технологии помощи.

*Во-вторых,* в российском общественном познании постепенно складывались представления об индивидуализации поддержки отдельного человека исходя из его

потребностей, на основе российских технологий и идеологием «трудовой помощи», которые позволяли индивидуализировать процесс поддержки человека, исходя из его потребностей.

На индивидуализацию помощи влияло и сложившиеся в обществе представления о миссии помогающих субъектов.

На первом этапе вопрос о помощниках стоит исключительно в контексте добровольной поддержки нуждающихся: «и для расследования и еще более для нравственного воздействия и опеки над нуждающимся, пока он не встанет на ноги, нужно громадное число деятелей, деятелей добровольцев».

Однако постепенно данная философия сменяется на представления, в которых профессиональная помощь в рамках индивидуального подхода становится насущной повесткой дня.

С одной стороны, этому способствовали мировые тенденции, среди которых международные съезды благотворительных сил конца XIX-начала XX века, например, чикагский благотворительный конгресс, где были поставлены вопросы о необходимости перехода к «профессиональной филантропии». Российские представители были участниками этого форума и эти идеи не могли пройти мимо них.

С другой стороны, благотворительная практика, в которую традиционно включались врачи, особенности в борьбе с венерическими заболеваниями и алкоголизмом, обретавшие массовые пандемические формы, имели в своем основании не столько эпидемиологический характер, сколько общественный, принимая массовый характер социальных патологий, что требовало принципиально других подходов к решению этих проблем.

Именно на стыке социальных и медицинских проблем, как это мы наблюдали в странах Глобального Севера, а ниже мы будем говорить о странах Глобального Юга, где процессы «общественного здоровья», «общественной ментальной гигиены» являлись теми триггерами, которые послужили не только активизации, но и актуализации процессам профессионализации помощи, и Россия в этой связи не стала исключением.

В этой связи в начале века XX можно было наблюдать, как начинали создаваться профессиональные кафедры подготовки специалистов области общественного призрения. Так при психоневрологическом институте в Петербурге открывается кафедра «Общественное призрение», где разрабатываются программы подготовки будущих специалистов в области общественного призрения и частной благотворительности.

В данный период создаются курсы для лиц, «занимающихся исправлением преступников и беспризорной молодежи», подготовки «тюремных надзирательниц».

Проводимые съезды благотворительности, педагогические съезды, съезды деятелей движения трудовой помощи и другие съезды, рассматривались деятелями общественного

призрение и частной благотворительности не иначе как школами профессионального «практического опыта» и «самообучения».

В начале 1917 г. С. Гогель, ректор Психоневрологического института с 1911 года, обосновывает новое понимание общественного призрения исходя из текущих задач помощи поддержки в России, и тех мировых тенденций, которые оформились в европейской и американской практике помощи, когда индивидуальная поддержка нуждающихся реализовывалась на основании индивидуальной работы со случаем в практической деятельности социального работника.

С. Гогель обосновывает необходимость введения данного термина, социальная работа, поскольку он отражал мировые тенденции профессиональной практики, которая включала в себя определенные сложившиеся алгоритмы помощи. В частности он писал: «Отсюда понятна широта требований, предъявляемых к социальной работе, характер ее и качества, необходимые для деятелей в этой области... Главным оказывается личный труд, выражающийся в организации различных мер, каковыми являются приискание работы, советы на дому и в консультациях, ведение всякого типа учреждений опекуновства и попечительства как чисто личных дел, требующих наибольшей затраты энергии».

В предреволюционной России профессиональная практика оформлялась в контексте мировых тенденций понимая поддержки человека в трудной жизненной ситуации, которой становилась индивидуальная социальная работа.

## **2.2. Философия классовой социальной работы в России**

В 20е годы XX века происходит коренное изменение в идеологии и практике помощи. Тенденции помощи, которые оформлялись в дискурсах философии социальной работы в начале века претерпевают существенные изменения. Эти изменения были определены следующими причинами:

*во-первых*, по идеологическим причинам. Пролетарские массы, новое «обездоленное большинство» в западной Европе, лишенное политического управления обществом, в Советской России фактически само было у руля власти и могло самостоятельно решать свои проблемы без профессиональных посредников, что не наблюдалось в странах Глобального Запада,

*во-вторых*, по политическим причинам. Правящая партия в Советской России считала пролетариат субъектом изменения всех сфер жизни общества, что существенно отличало данные подходы от концептов «новой филантропии» в Британии или подходы С. Паттена в США, на которых строились помогающие идеологемы социальной работы в

западном мире. Западные идеологемы и модели помощи такие как обучение умеренному потреблению пролетариата, адаптация к капиталистическим условиям жизнедеятельности, солидарность на основе взаимопомощи состоятельных классов пролетариату и другие подходы были неприемлемы для правящих элит Советского государства по политическим и идеологическим мотивам.

*В -третьих*, модели социальной работы, где в центре внимания был только пролетариат и их семьи, не отражали спектр проблем, перед которыми стояли правящие элиты Советского государства, где нуждающиеся группы помощи, не ограничивались только рабочими фабрик и заводов, как это наблюдалось в странах Глобального Запада.

### **2.2.1. Исторический контекст изменения философии помощи**

В центре внимания правящих партийных элит Советского государства в качестве объекта помощи были не только «пролетарские массы», но и другие социальные группы, среди них:

- беднейшее крестьянство,
- инвалиды империалистической войны,
- инвалиды гражданской войны,
- «семьи красноармейцев», которые в основной массе своей также были представителями крестьянского сословия.

Таким образом, практика помощи должна была быть сосредоточена как в городах, так и селениях, что не было характерно для зарубежной социальной работы тех лет, где стратегии помощи нуждающимся определяли процессы индустриализации и урбанизации.

При чем, если страны Глобального Запада свою активную помогающую практику сосредотачивали в городах, вокруг промышленного производства, то страны Глобального Юга в сельской местности. Советском Союзе эта деятельность охватывала как городской, так и «сельский пролетариат», «беднейшее крестьянство, в этом было историческое своеобразие профессионализации помогающей практики в российской цивилизации.

Как мы уже говорили выше индивидуальные методы работы с отдельным человеком преследовали цели адаптации нуждающегося к существующим социальным условиям, тогда как задачи новой власти в России было реформирование сложившихся политических и социальных условий.

Однако индивидуальные методы работы со случаем не могли быть доминирующими в данный период в Советской России не только по идеологическим соображениям. Страна столкнулась с массовыми явлениями маргинализации, не только рабочего класса, беднейшего крестьянства, но их семей, и даже детей.

Можно говорить, что в первые годы правящим элитам приходилось решать проблемы не только «многоукладной экономики», но и «многоукладной маргинализации», которая через исторические формы социальной патологии среди «пролетарских масс» воспроизводила новые формы общественных болезней.

В центре внимания в данный период были проблемы, связанные с противодействием «воспроизводства» маргинализации населения через «институты профессионального нищенства», с чем уже не сталкивалась Западная Европа, а тем более США.

Система помощи в Советской России получило в «наследство» от предшествующей имперской полицейской модели помощи сотни тысяч «самодеятельных и несамодеятельных» нищих», которые даже по переписи 1926 года, официально были зафиксированы в таких республиках как РСФСР, УССР, БССР, и в своей совокупности составляли 162 815 человек. Причем в этой социальной группе «социальное происхождение» «самодеятельных и несамодеятельных нищих» было представлено земледельцами - 61,3%, представителями рабочих 22,3 %, что по социальному составу превышало другие социальные группы служащих, прислуги, военных и др. Как показали социологические исследования тех лет, 34,4% всех нищих составляло группы «нищенства профессионалов».

Для сравнения можно отметить, что согласно переписи Российской империи 1897 года было выявлено нищих бродяг, странников, богомольцев и т.д. - 362 448 человек. Сравнивая данные цифры можно только констатировать о «живучести» данной патологии, не смотря на общее снижение ее масштабов.

Другой массовой социальной болезнью в этот период явилась проституция. Проституция в начале 20-х годов принимает массовый характер. Так, по данным исследованиям в 20-х годах, например, только в Москве в 1924 году официально было выявлено 623 проституток, 60% из них были «пролетарского происхождения».

Сравнительный анализ показывает, что если брать в процентном соотношении занимающихся проституцией женщин в Петербурге в 90-х годах XIX века, то представителей низших классов в зарегистрированных полицией из числа «фабричных проституток», составляло всего лишь 18,7% от общей численности, а большую часть проституток составляла прислуга 56,9%, т.е., приоритетные группы в начале XX века поменялись местами.

Беспризорность и крайняя нужда толкала малолетних детей и подростков на противоправные действия, что также приводило к распространению социальных патологий. При чем, если малолетние преступники из среды «земледельцев» составляли

22,3%, то из среды фабричных рабочих, ремесленников, чернорабочих 43,9%, при чем для детей было характерно многократное совершение преступлений различного характера.

В этой связи противодействие нищенству, проституции, детской преступности как массовому явлению должны были способствовать методы не индивидуальной, а коллективной помощи, что определило новые дискурсы философии помощи, ее переход от общественного призрения и частной благотворительности к философии классовой социальной работы.

### **2.2.2. Особенности классовой социальной работы**

Философия помощи в новом социалистическом государстве формировалась исходя из классового подхода, в широком смысле этого слова, определялись «получатели услуг», мера участия государства в трудной жизненной ситуации человека, нуждающегося в поддержке, объемы помощи и необходимы ресурсы.

В основе классового подхода, в центре внимания лежали интересы и потребности беднейших слоев населения, их политическая активность, а также этика трудовой морали, когда «реабилитация и социальная помощь» не распространялись на лиц, ведущих «паразитический образ жизни» и занимающихся «попрошайничеством».

В отношении «паразитов» и попрошаек, реализовывался не только классовый, но и социально-воспитательный подход, где данный образ жизни осмыслялся с позиций социальных патологий. В частности, к этим группам, а также другим категориям граждан, таким как «нищие и женщины, занимающиеся проституцией», применялись технологии социального перевоспитания и обучения, направленные в социальные учреждения, они получали «профессию и перевоспитывались».

Философия классовой социальной работы была направлена не только на социальное перевоспитание маргинальных групп, но и социально-медицинскую поддержку гражданам по объективным обстоятельствам, не имеющим возможность «включаться в социалистическое строительство». Это были такие группы граждан, которые по состоянию болезни, инвалидности, старости требовали особой помощи и особого ухода.

Философия классовой социальной работы была декларирована новой властью в следующем виде: «Отказавшись от принципа благотворительности, Рабоче-крестьянское правительство осуществляло коммунистическое социальное обеспечение, при котором каждый впавший в инвалидность и нужду, каждый нетрудоспособный, будь то ребенок или взрослый, может надеется, что государство не даст ему умереть с голода, а придет ему на помощь».

В центре внимания правящих элит была деятельность по организации системы социального обеспечения и социального страхования трудящихся, развернуты программы по охране материнства и младенчества.

Одной из сложнейших задач по реформированию системы социального обеспечения являлась, не только определение социально уязвимых групп в контексте реальных социально-политических и социально-экономических условий жизнедеятельности государства в тот или иной исторический период, но и финансирование проектов и программ социальной помощи.

В первую треть XX века Советская Россия столкнулась с беспрецедентными случаями инвалидизации населения, которые были определены историческими последствиями таких событий как Первая мировая война, гражданская война, инвалидизация пролетариата на фабриках и заводах царской России. Первоначальная капитализация в России, как и во всем мире сопровождалась не только массовым «выживанием пота», но и массовой травматизацией на производстве, из-за элементарного отсутствия охраны труда и жесткой эксплуатации.

В этой связи, новая власть стояла перед проблемами «массовой социальной реабилитации», которую невозможно было решить только через систему пенсионного обеспечения, которая на предшествующем этапе государственности практически отсутствовала, а тем более через модели индивидуальной работы.

Среди мер, определивших социальную помощь инвалидам необходимо выделить создание системы кооперации, через общества инвалидов, обществ глухих и слепых. Данные общества имели ряд финансовых и налоговых льгот, материальные активы, которые были определены государством и отданные в оперативное управление организаций.

Среди экономических мер необходимо выделить кассы взаимопомощи, «для искалеченных членов ассоциаций», которые представляли ссуды и временные выплаты.

Определенной экономической, и тем более «политической мерой поддержки» в это период становится бесплатное медицинское обслуживание, которое распространялось на все трудовое население и инвалидов. Это был беспрецедентный акт в мировой истории здравоохранения и социального обеспечения в области защиты прав человека труда.

Однако было бы некорректно, с нашей точки зрения, говорить, что мировой опыт практики социальной работы не был востребован и не «инкорпорирован» в систему социального обеспечения Советской России, которая была ведущей моделью помощи в данный период, и останется таковой вплоть до 90-х годов XX столетия.



Отдельные элементы работы со случаем в этот период можно наблюдать в деятельности Инспекторов и Инспектрис Труда, которые не только защищали интересы работающих на производстве, но и «имели право свободного доступа ... к отдыху, и жилью трудящихся и их семей».

В таких подходах прослеживаются «общемировые тренды» работы с населением через технологии диагностики случая и профилактической работы, направленных на противодействие маргинализации трудящихся, то чем занимались социальные работники, например, и в Британии, и США, что было характерно в деятельности европейских и американских «инспекторов здоровья».

Можно отметить, что деятельность инспекторов в Советской России строилась на основе идеологем и технологий социальной гигиены, широко распространенных в мировом сообществе в данный исторический период, а не только в западной Европе.

В этом контексте интересна деятельность Социальной инспекции отдела правовой защиты детей Наркомпроса. Социальные инспектора, «братья и сестры социальной помощи» осуществляли защиту интересов ребенка в общественных местах, на производстве, в семье, а также контролировали действия опекунов, в ситуации отсутствия родителей.

Как и в Великобритании, идеи коллективной помощи в этот период реализуются исходя из политических задач Советского государства, и в центре внимания были «вопросы спайки» между «городом и деревней». Динамика развития отношений строилась от шагов политической агитации к различным видам хозяйственной помощи, где ведущую роль играл пролетариат, а «не праздный класс», как это наблюдалось на западе.

Согласно статистическим источникам тех лет было зафиксировано, что к осени 1925 года было организовано 60 шефских обществ, которые включали в себя около 3 млн. человек. Это движение примет и другие формы «общественного пролетарского патронажа» - армию, флот, культуру, молодежные организации и даже «шефство над советским аппаратом».

Шефство, как форма помощи и общественного контроля в дальнейшем трансформируется в «общественную работу», которая станет неотъемлемой частью социальной жизни советского человека в последующие десятилетия.

### **2.3. Тенденции социальной работы на дому в 80-е годы**

Философия помощи нуждающимся гражданам на дому возникает в середине 80-х годов. Практически в Советском Союзе воспроизводилась на новом историческом этапе «открытая система помощи», осмысленная русскими учеными на рубеже XIX-XX веков.

Однако данная форма практика на новом этапе осмыслялась не в дискурсах «добровольной деятельности», а исходя из мировых тенденций практики профессиональной социальной работы, которая охватила к тому времени страны Глобального Севера и Глобального Юга, а также отдельные страны Азии и Северной Африки.

Обращение непосредственно к философии социальной работы, западной модели помощи, на новом историческом этапе правящими элитами в СССР, было связано с кризисными явлениями в системе социального обеспечения населения, особенно таких категорий граждан как пожилые и инвалиды.

### **2.3.1. Помощь на дому в контексте российских социально-исторических процессов**

Необходимость введение в сложившуюся практику социального обеспечения уязвимых граждан, помимо медицинских работников, и психиатров, социальных работников, оказывающих помощь на дому было связано с рядом причин, среди которых важнейшими являлись:

- рост числа нетрудоспособного населения и инвалидов,
- снижение темпов строительства специальных учреждений для пенсионеров и инвалидов,
- изношенность социальных фондов, не позволяющих пожилым и престарелым людям, проживать в социальных учреждениях,
- рост «очередности» пожилых и инвалидов в специализированные учреждения.

Согласно статистики дома-интернаты для престарелых и инвалидов начиная с 1975 года в стране начинают медленно сокращаться, и если в 1975 году данных учреждений было 1505, то в 1988 году 1474 учреждения. Такая ситуация, как отмечалось в исследованиях тех лет была связана с замедлением темпов строительства домов-интернатов, не смотря на увеличение потребности в них, что приводило к росту «очереди» в данные учреждения, которая составила в 29 тыс. человек, или 80 нуждающихся в помощи на одно место.

В этот период можно было наблюдать, что численность учреждений сокращалось, а количество проживающих в них увеличивалось, так если в домах-интернатах в 1975м году проживало 283 тыс. чел., то в 1988 году при сокращении численности учреждений проживающих пожилых людей было 337 тыс. чел. Такая ситуация была возможна при условии несоблюдения санитарно-гигиенических норм проживания, о чем свидетельствовали комиссии. При норме проживания 8-10 м на человека, в обследованных 288 домах-интернатах, на проживающих приходилось 6-7 метров, а в отдельных учреждениях РСФСР эта «норма» соответствовала от 2,4 до 3,1 м.

Ситуацию не улучшали и особые клиенты социального обеспечения. Как мы уже говорили выше в бродяжничество было не искоренено, не только в 20-30-е годы, но оно было достаточно распространенным явлением во всех советских республиках в данный исторический период. Так в РСФСР в 1988 году органиками МВД было задержано и направлено по месту жительства, в лечебные профилактории и другие учреждения 88 тыс. человек. Например, в дома-интернаты было направлено 1,6 тыс. человек, а в лечебные (психиатрические учреждения) 7,2 тыс., что также не способствовало решению проблем с «очередями» в учреждения социального обеспечения для пожилых и инвалидов.

К тому же как показывали исследования, в психиатрических учреждениях находилось около 70 тыс. больных, которые не нуждались в интенсивном медицинском лечении, поскольку мест в домах-интернатах просто не хватало. Скорее всего это были пожилые граждане со средней тяжестью деменции, однако будучи одинокими, они не могли проживать самостоятельно и находились под наблюдением врачей в психиатрических стационарах.

Таким образом, сложившиеся ситуация требовала оперативных мер со стороны правительства по учету потребностей пенсионеров и инвалидов исходя из возможностей и существовавших ресурсов.

В этой связи правящими элитами принимаются в середине 80-х годов два важных постановления, одно направлено на поднятие материального положения пенсионеров и инвалидов и оказание им институциональной помощи, а другое было направлено на решение мер оперативного характера в решение сложившихся проблем для данной категории нуждающихся, что было связано с деятельностью социальных работников.



### **2.3.2. Философия практики социального обслуживания на дому**

Оформившиеся социально-экономические негативные тенденции потребовали введения экстраординарных мер в сфере социального обеспечения населения.

Как показывает историческая практика тенденции к изменению практик социальной помощи, особенно применительно к социально-чувствительным группам населения осуществляется правящими элитами в ситуации общественного кризиса.

В этих условиях правящие элиты начинают осуществлять политику перераспределения услуг и полномочий. Необходимые услуги «приближают»

непосредственно к потребителю, оказывая ему социальную помощь на дому, тем самым использовали «фонды самого потребителя», а не общественные фонды государства.

Политика перераспределения в отношении управленческих полномочий решалась за счет дополнительной управленческой нагрузки на дома-интернаты, в которых должны быть открыты отделения социальной помощи, а также по решению исполкомов Совета народных депутатов, эти отделения могли открываться «на предприятиях жилищно-коммунального хозяйства» и других помещениях.

Отсутствие четкой политики приводило к тому, что данный вид помощи развивался медленно, и как было отмечено в официальных источниках к 1989 году было открыто 32 территориальных центра, с 3 тыс. отделениями социальной помощи, где на обслуживание было взято 292 тыс. граждан, что составляло 60% от всех нуждающихся в помощи.

Мереджиалистская политика, осуществляемая правящим элитами тех лет, отличалась от проводимой политики западных стран. В западных странах политика социального помощи для пользователей услуг была ориентирована на рынок услуг, где удовлетворение потребностей пользователей были приоритетами.

Несколько иная ситуация была в России в этот период. Правящие власти определяли уровень тех реальных потребностей, которые были необходимы пожилым потребителям при реализации их жизнедеятельности, в постановлении указаны были направления помощи, которые должны были оказывать социальные работники:

- доставка обедов, полуфабрикатов, продовольственных и промышленных товаров, медикаментов;
- помощь в соблюдении личной гигиены;
- сдача и доставка вещей и предметов домашнего обихода на предприятия коммунально-бытового обслуживания;
- оплата коммунальных услуг и других разовых поручений;
- выполнение просьб ветеранов, связанных с перепиской с родными и друзьями;
- содействие в организации необходимой медицинской помощи;
- принятие мер к погребению умерших одиноких пенсионеров.

Особое направление деятельности отделов социальной помощи должно было реализовываться в направлении «морально-психологической поддержки», однако это направление должно было реализовываться не на основе психологических технологий, а на основе технологий «постоянного шефства», в которых должны были принимать участие не столько социальные работники, сколько «трудовые коллективы», где работали пенсионеры, комсомольские организации, комитеты Красного Креста и Красного Полумесяца.

Представленные междериалистские стратегии социальной помощи не учитывали тех тенденций, которые постепенно оформлялись в данный период.

Исследования, проведенные в 1988-1989 годах в РСФСР в ЦИЭТИНЕ показали, что стратегии помощи со стороны правящих элит и потребности в социальной помощи потребителей услуг существенно отличались, а многие направления деятельности просто было невозможно реализовать в сложившихся социально-экономических условиях.

Первая группа проблем, с которой сталкивались социальные работники, были проблемы с обеспечением нуждающихся, «доставкой обедов, полуфабрикатов, продовольственных и промышленных товаров, медикаментов».

Как показывали исследования потребители услуг сталкивались с рядом системных экономических проблем государства.

В одном случае, это было связано с ростом цен на потребительском рынке, где по основным видам продуктов, цены возросли на 20-30%, поэтому потребители услуг испытывали прежде всего потребность в «материальной помощи» - 55% респондентов, обследуемых пенсионеров, а не столько в доставке этих продуктов.

В других случаях, невозможно было реализовать «доставку медикаментов», так как согласно официальным источникам, по данным 1990 года потребность в лекарствах отечественной промышленностью удовлетворялась на 35%», и с учетом импортных закупок потребности здравоохранения могли быть удовлетворены лишь на три четверти.

Поэтому неслучайно, что потребность в медицинской помощи респондентами было выделено 71% обследуемых респондентов и это было не только с особенностями оказания услуг, но сами пожилые имели множественные заболевания, а также были инвалидами, среди респондентов, например, исследования ЦИЭТИН, таких было 88,6%, имевшие II группу инвалидности.

Таким образом «содействие в организации медицинской помощи» было приоритетным направлением потребностей пользователей социальных услуг, что можно говорить о формировании прежде всего социально-медицинских дискурсов социальной помощи.

Говоря о традиционных технологиях помощи, сложившихся за десятилетия советской практики со стороны «института шефства», то можно отметить, что данный вид поддержки в тех сложившихся формах, который он сложился, постепенно становился менее актуальным для пожилых и инвалидов, как вид поддержки он считался актуальным лишь для 17% респондентов.

Решение открытия отделений социальной помощи привело к необходимости привлечения кадров в эти структуры. В этой связи здесь также использовался

организационный, «мобилизационный подход», который достаточно широко использовался правящими партийными элитами.

И здесь можно наблюдать две стратегии. Первая стратегия была связана с социально-медицинской помощью, которые по месту жительства пожилым и инвалидам должны были осуществлять сестры милосердия системы Красного Креста и Красного Полумесяца, к этой деятельности были привлечены 6 тыс. человек.

Вторая стратегия была связана с набором различных категорий граждан, так в соответствии с Постановлением в «ряды» социальных работников могли быть привлечены: рабочие, служащие, в том числе в порядке совместительства, пенсионеры, женщины, занятые в домашнем хозяйстве, студенты вузов, учащиеся средних специальных заведений (достигшие 18 лет), прошедшие соответствующий инструктаж».

Считалось, что «наиболее подходящими для оказания социальной помощи, с точки зрения выполняемых должностных обязанностей, места работы и базового образования, оказались учителя, врачи, воспитатели, работники органов социального обеспечения».

Система двух недельных курсов подготовки социальных работников предполагала получения основ знаний по таким проблемам как законодательство по вопросам социального обеспечения; организацию торговли, общественного питания, коммунально-бытового обслуживания, здравоохранения, ... элементарные основы по общению и уходу за престарелыми больными гражданами, уборке помещений и решению различных хозяйственных вопросов, связанных с бытом престарелых».

## **2.4. Оформление профессиональной социальной работы в Российской Федерации**

В конце века социальная работа, на новом этапе своего становления, стала оформляться в дискурсах организационных процессов, развитие которых определял общий контекст трансформации советской парадигмы государственности.

### **2.4.1. Становление профессиональной социальной работы в дискурсах менеджизма**

Менеджеризм как главный вектор развития не только новой профессии, но и системы социальной защиты становился как формой управления, так и идеологией организационных преобразований в социальной сфере.

Стратегии развития профессии в данное время были тесно взаимосвязаны с решением ряда практических и политических задач, среди них:

- организация новых учреждений социальной сферы, для поддержки клиентов различного уровня,

- открытие учебных заведений, подготавливающих социальных работников, осуществляющих профессиональную помощь нуждающимся гражданам,

В этой связи менеджералистские подходы были обоснованы с позиций решения политических задач транзитивного общества в логике стратегий глобализма и постмодернизма, они являлись своеобразной реакцией на проведение реформ, вызвавших изменения «традиционного образа жизни, хаотизацию финансовых рынков и общественных благ».

Одним из выходов из ситуации хаотизации общественных и политических процессов и переход к стабилизации ситуации становится модернизация институтов социальной защиты и увеличение числа «потребителей социальных услуг» на всей территории Российской Федерации. Проведение данной политики привело к тому, что количество учреждений социальной защиты за первое десятилетие становления системы социального обслуживания увеличилось в 22, 5 раз.

Как показывают исследования только по такому направлению как социальная работа с семьей и детьми, количество учреждений с 1994 года по 2001 год возросло более чем в 20 раз. Пользователями услуг учреждений социальной сферы, получающих различные типы пособий за счет федерального и региональных бюджетов на начало 2000 года становятся две трети населения страны.

За всю многовековую историю социальной работы как в России, так и за рубежом, ни по росту числа учреждений, ни по количеству получаемых пособий населением таких прецедентов не наблюдалось.

Однако, еще со времен Аристотеля концепт «поддержки населения» основывался на принципах «давать и возвращать». Даже в «золотой век народовластия», в период правления «отца-основателя афинской демократии» Перикла, такая максима имела как свое экономическое, так и политическое обоснование.

В реалиях современного российского общества тех лет, возвращение «затрат» государству из сегмента социальной сферы также было возможно, используя терминологию французского философа П. Бурдьё, только в виде «социального капитала»: проявления со стороны нуждающихся групп лояльности и поддержки проводимой политики правящих элит.

Однако в ситуации 90-х годов и начала нового века, правящие элиты не могли быть удовлетворены только возвратом «социального капитала» за потраченные инвестиции, необходимо было, находясь в мировой «системе экономики» в полном объеме следовать аристотелевским принципам, не только «давать», но еще и «возвращать».

Потраченные средства на создание системы социальной защиты в Российской Федерации необходимо было отдавать, но не в российскую государственную казну, а зарубежным европейским и мировыми фондам, предоставлявшим кредиты в том числе и на развитие социальные сферы, с учетом процентов взятых под обязательства займов.

Такая ситуация привела к тому, что новые правящие элиты стояли перед необходимостью пересмотра организационно-финансовых принципов управления социальной защитой, что в свою очередь приводило к новому витку актуализации организационных механизмов и стратегий менеджериализма в социальной сфере, которые в этот период получают импульсы трансформации на основе законов о монетизации и изменения политики предоставления социальных услуг.

Стратегии политики в области социальной защиты на рубеже веков XX-XXI века реализовываются в направлении поиска механизмов поддержки населения, позволяющих ослабить финансовую нагрузку государства в данный сектор.

Среди таких мер, а они к тому времени широко использовались в мировой практике социальной работы, стали: передача государственных учреждений социальной защиты на аутсорсинг, развитие сектора некоммерческих услуг, благотворительных организаций и фондов, активизация гражданского общества через практику волонтерства, развитие профессиональной поддержки нуждающихся через институты Церквей, привлечение средств и профессионалов иностранных ассоциаций на работу с отдельными категориями клиентов, в том числе и «сохранение традиционной модели помощи в семье с услугами по уходу», данная ситуация будет развиваться с 2004 по 2019 годы.

Такая ситуация стала возможной благодаря проведению политики деинституционализации, которая включала комплекс мер, которые были известны в мировой практике, перенесение финансовой нагрузки и ответственности на другие общественные сектора, а также этот процесс был связан с особенностями реализации российских моделей помощи, которые стали воплощаться в практику на территориях субъектов, исходя из местных потребностей и возможностей.

Проведение политики деинституционализации было связана не сокращением помощи нуждающемуся населению через государственные институты, а с изменением предоставления услуг, в том числе и за счет репрофилирования деятельности, включая инновационные, а также нестационарные формы социальной работы в государственных и негосударственных сегментах.

Остановимся на основных тенденциях данного процесса, послуживших изменению к подходу оказания помощи населению в эти годы.



Во-первых, проводимая политика социальной защиты населения в предшествующие годы практически на территории Российской Федерации охватила все типы поселений: села и деревни, поселки городского типа, города не областного значения, краевые и областные центры, города федерального значения, что определило специфику социальной работы в различных субъектах.

Отказавшись от централизации управления, что было характерно для начального периода организации системы социальной защиты, территориям было предоставлено самостоятельно оказывать предоставление помощи исходя из местного законодательства, потребностей, организационных и финансовых возможностей и запроса населения. Такой адресный подход позволил, с учетом региональных особенностей, изменить сложившуюся практику и перейти к развитию помощи через различные формы в том числе нестационарные технологии поддержки нуждающихся.

Во-вторых, обслуживание на дому пенсионеров и инвалидов получает свое дальнейшее развитие во всех субъектах Российской Федерации. При чем нестационарные формы обслуживания и временного проживания потребителей социальных стали доминировать в практике социальной работы.

Так, например, согласно статистике, в первой половине 2020 таких учреждений было значительно больше стационарных учреждений, и они составляли 1882 институтов поддержки, где на условиях временного проживания и дневного пребывания помощь соответственно была оказана, по всем видам обслуживания соответственно 16126 и 53 710 пользователей социальных услуг, в «прочих» центрах данного профиля, а их было около 2 тыс. за тоже время помощь была оказана 727 769 человек.

С другой стороны, отход от институциональной помощи в аспектах реализации услуг непосредственно через стационары было связано как с ростом специалистов помогающих профессий, которые могли осуществлять поддержку человеку, за данный период в систему социальной защиты были включены психологи, семейные психологи, психологи социальной сферы, социальные педагоги и другие, так и с увеличением корпуса самих социальных работников.

Как считают исследователи, на 2018 год в системе социальной защиты «работало более 630 тысяч социальных работников, услугами которых пользуются около 26 миллионов человек, в том числе 15 миллионов пожилых людей и инвалидов», что в свою очередь позволяло расширить «нестационарные сценарии» поддержки человеку.

Проведенные выборочные исследования в 2016 году показали, что «с точки зрения достаточности» специалистов социальной работы и вспомогательного персонала в Центральном федеральном округе, Северо-Кавказском федеральном округе, Южном

федеральном округе в целом ситуация являлась благоприятной, за исключением отдельных областей, что соответственно выражалось в оценочных баллах от 4,63 до 4,50 баллов из 5 максимальных, при чем в сельских муниципальных образованиях данные показатели были выше, чем в городах разного типа.

Таким образом, корпус социальных работников и разно профильные специалисты системы социальной защиты, позволяли более гибко оказывать помощь населению, не используя только технологии стационарной помощи.

Сравнивая профиль деятельности социальных работников в 80-е годы, когда зарождался данный вид деятельности, а также начальный период в 90-е годы, в подходах социального обслуживания на дому, хотелось бы отметить существенные изменения как в технологии деятельности, так и запросах клиентов.

Необходимо отметить, что помощь и поддержка нуждающемуся человеку реализовывалась не в экспериментальном порядке, а как неотъемлемая часть повседневной жизни клиента, при чем услуги на основе действующего законодательства имели свою классификацию и были стандартизированы на основе государственного реестра предоставляемых услуг.

Проведенное исследование на территориях федеральных округов в 2016 году показывает, что среди наиболее востребованных услуг, в том числе среди традиционных социально-медицинских, социально-трудовых, которые сформировались в данный период, являлись:

- социально-бытовые услуги (71,5% респондентов),
- социально-психологическое консультирование (88,2% респондентов),
- содействие в получении юридической помощи (63,7% респондентов).

Так по направлению социально-бытовых услуг, «услуги за счет средств получателя социальных услуг» была наиболее востребованной (97,8%) респондентов. По сравнению 80-ми годами появились новые виды помощи пенсионерам и инвалидам, среди которых «помощь в приготовлении пищи» (48,4%), кормление (19,6%).

По сути дело это были «стационарозамещающие» виды помощи, но этим технологиями социального обслуживания на дому в данный период практика социальной работы не ограничивалась.

В различных регионах расширялся спектр стационарозамещающей помощи пожилым людям на основе технологий социального патронажа (договора ренты, дарения, пожизненного содержания) (Москва), (Оренбургская область), (Ростовская область), организации помощи пожилым через патронаж в приемных семьях (Астрахань); технологий социально-медицинской реабилитации «Санаторий на дому» (Москва), услуг

сиделок (Москва), (Санкт-Петербург); организации клубной работы для пожилых (Челябинская область); технологий бригадных методов пожилым людям (Свердловская область) и т. д.

*В-третьих, процесс деинституционализации государственных стационарных моделей помощи был связан с формированием рынка социальных услуг, и она была связана с организацией социально ориентированных некоммерческих организаций (СОНКО) Однако здесь начинали возникать определенные сложности.*

Социально ориентированные некоммерческие организации расширили спектр своей деятельности на основе изменений в законодательстве на основе закона от 5 апреля 2010 года № 40-ФЗ. В соответствии с этим законом 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);
- услуги по психолого-педагогическому консультированию, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации;
- услуги, предусматривающие медико-социальное сопровождение лиц, страдающих тяжелыми заболеваниями, и лиц, нуждающихся в медицинской паллиативной помощи.

Введение рынка социальных услуг, например, в США и Великобритании оформилась только к 80-м годам XX столетия, когда социальная работа сложилась за более чем восьмидесятилетнюю историю в данных странах, о чем мы писали выше, к этому времени в государствах сложились основные практики помощи на всей территории и социальные НКО формировались эволюционным путем, когда наиболее конкурентно способные специалисты организовывали на основе «инновационных технологий» частные виды социальной практики. К тому же рынок социальных услуг формировался, когда сложился платёжеспособный средний класс, который мог оплачивать свои «потребности» и предъявлять повышенные требования к качеству предоставляемых услуг.

Практика социальной работы в Российской Федерации только оформлялась, и она имела многоукладный характер, и если в одних регионах она имела высокотехнологический характер, как например в Москве, где помощь оказывалась на основе информационно-коммуникативных технологий, нейротехнологий, технологий интеграционных психосоциальных терапии, то в других территориях социальные работники должны были «принести дрова, растопить печь, помочь вырастить и собрать урожай», нетрудоспособным гражданам.

Разные сегменты рынка социальных услуг должны были ориентированы на тех граждан, которые могли самостоятельно оплачивать эти услуги, что в западных странах было связано с особенностями потребления «среднего класса». В Российской Федерации средний класс только формировался, и как показывают исследования, например, в Южном федеральном округе респонденты сталкивались с «недоступностью услуг вследствие с их высокой стоимостью».

Поэтому не случайно некоммерческие организации начинают осуществлять свою деятельность на территориях с относительно высоким уровнем жизни, предоставляя платные социальные услуги, в основном в крупных федеральных городах.

Так, например, в г. Москве организации, включенные в реестр поставщиков социальных услуг, оказывающих 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% услуг.

Так, например, например, только за 2016 год в Санкт-Петербурге было зарегистрированы 363 некоммерческих организаций, получающих поддержку со стороны исполнительных органов государственной власти, реализующих свою деятельность в направлении клинической практики помощи.

И тем не менее, удельный вес негосударственных организаций, оказывающих социальные услуги, постепенно возрастал, так если в 2013 году удельный вес негосударственных организаций, оказывающие социальные услуги составлял 1,8% от общего количества учреждений всех форм собственности, то в 2018 уже 10%.

*Четвертым фактором*, изменяющим систему государственной помощи, была активизация социального служения РПЦ и других церквей. В 2011 году Архиерейским Собором Русской Православной Церкви был принят документ, в соответствии с которым определялась организация социальной работы на всех уровнях церковной социальной деятельности: общецерковном, епархиальном, благочинном, приходском, в монастырях.

Благотворительная деятельность Церкви становилась частью общей системы социальной защиты со своими многовековыми традициями, институтами и христианскими технологиями помощи ближнему.

Социальная работа в приходах РПЦ, осуществлялась по различным направлениям, среди них можно выделить «клинические направления» это:

- поддержка, укрепление и защита семьи, помощь старикам, инвалидам, людям, страдающим тяжелыми заболеваниями, бездомным, помощь 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.

Практика социального служения Русской Православной Церкви осуществлялась в Российской Федерации на конец 2018 года осуществлялась в 18191 организациях:

- из них, по направлению клинической практики социальной работы, она была представлена в более 400 проектах помощи инвалидам,
- в 63 православных храмах и общинах велась работа с глухими и слепоглухими людьми,
- в более 200 церковных центрах помощи осуществлялась работа с наркозависимыми клиентами,
- в том числе работа была реализована в более 70 реабилитационных центрах,
- более 500 православных организаций помогали алкозависимым клиентам и их родственникам, в том числе в более 60 реабилитационных центрах
- и в 300-ах обществах, братств и группах трезвости.

Таким образом, конфессиональное направление социальной работы способствовало оформлению клинических дискурсов практики отечественной социальной работы.

#### **2.4.2. Изменение идеологии и практики социальной работы в пандемический и пост-пандемический период**

Социальная работа как теория, направление общественной деятельности, процесс образования исторически складывалась из различных источников практики и предметных полей философских, теологических, медицинских, социально-гуманитарных, что в своей сущности и определило мультидисциплинарный характер парадигмы социальной работы.

При этом как предметные поля, так и сама практика были обусловлены своими векторами исторического развития, парадигмальными сдвигами, нелинейностью,

многовариантностью путей развития, темпоральностью, особенностью динамики временных процессов, в своей совокупности эта была система, единство познавательного и практического комплекса, которую Аристотель определял, как фронезис.

Социальная работа - одна из формы фронезиса, форма «практической мудрости» и клинической практики, которая сегодня в российских условиях меняет свои сущностные исторические характеристики.

Одним из факторов этого изменения стала пандемия COVID-19 внесшая свои коррективы в традиционные технологии директивной и недирективной практики социальной работы, вызвав к жизни техники социальной координации и идеологемы проактивности, оформляющиеся сегодня в единый научно практический комплекс, определяя новые грани концепта фронезиса.

Пандемия изменила как философию жизнедеятельности человека в обществе, так и практику, и идеологему повседневной социальной работы, что привело к системным изменениям, сдвигу парадигмы, вызвав к жизни новые формы помощи человеку.

Модернизации социальной работы в данный период была вызвана различными явлениями и условиями, среди которых:

- трансформация философии помощи: переход от дискурсов социальной политики, равенства потреблению и распределения, к философии «биополитики», где концепты «общественного здоровья» становились дискурсами «новой нормы» и «новой патологии»,
- актуализация цифровых технологий в системе административной практики и институциональной поддержки,
- реализация деятельности социальных работников в режиме проактивности в новых сферах практики и межведомственного взаимодействия.

#### *Философия помощи в дискурсах биополитики*

Изменение философии помощи на макроуровне, в дискурсах биополитики было связано с изменением подходов правящих элит к управлению населением в пандемической ситуации, что в свою очередь приводило к модификации технологий помощи.

С другой стороны, проведение биополитики, с введением новых форм общественного контроля, изменяло структуру общественного договора, что также влияло на идеологему оказания помощи в обществе.

Процессы «новой нормы» и «новой патологии» в период пандемии как в странах Глобального Запада, так и Глобального Юга реализовывались с позиций усиления репрессивного давления и ужесточения контроля, прежде всего в отношении социально уязвимых групп населения.

«Новые нормы» в системе социальной защиты населения были связаны с административными мерами по организации изоляции наиболее виктимных групп населения, прежде всего, престарелых людей и людей, имеющих мультиморбидные заболевания. В их отношении не только в странах Глобального Севера и Юга, но и в Российской Федерации создавались определенные программы, где власть не только ограничивала повседневность бытия виктимного человека, но и брала на себя ответственность по обеспечению их жизненных потребностей.

В этой связи появляются программы продовольственной безопасности, медицинской помощи, терапевтической и консультативной поддержки через инструменты ИТ-технологий, которые позволяли либо решать, либо купировать проблемы социальной изоляции.

Можно отметить, что в условиях пандемии в социальной работе приоритетными становились онлайн-технологии, в тех странах, где они получили развитие раньше, и стали «инновационными практиками помощи», где они находились в режиме экспериментальной работы.

Вместе с тем, активное использование цифровых инструментов в процессах оказания помощи обозначило ряд проблем, с которыми социальные работники не сталкивались в своей практике ранее. Среди таких проблем, как отмечается в зарубежных и отечественных исследованиях, основными являлись следующие: онлайн-технологии социальной работы не всегда позволяли эффективно оценивать положение детей, находящихся в группе риска; закрытие школ приводило к невозможности реализации программ поддержки питания детей из социально уязвимых слоев населения; онлайн-практика социальной работы не позволяла контролировать и оценивать семейное насилие, в частности, насилие над пожилыми людьми в условиях длительного пребывания на ограниченной территории.

Другим фактором, изменяющим философию социальной работы, являлась не только появление новых проблемных ситуаций и «нозологий травмирующего (клинического) случая», но и модернизация идеологии помощи, сложившейся в допандемический период.

В условиях пандемии социальные патологии и новые потребности человека претерпевали существенные изменения, что неизбежно приводило к изменению



«общественного договора» между властью и человеком. Базис общественного договора, когда человек соглашался с неизбежным «культурным принуждением», согласно З. Фрейду, на основе доминант потребления и общественной безопасности, изменялся, что приводило к модификации дискурсов текущей социальной политики и как следствие этого миссии социальных учреждений в обществе.

Философия жизнедеятельности общественной среды изменила правила функционирования социальных учреждений. Формально («де-юре») учреждения социальной защиты в массовом сознании еще отражали «защитные механизмы» коллективного Сверх-Я, направленных против доминирования общественного «господства дурных, социально-вредных влечений».

Однако на практике («де-факто») эти учреждения реализовывали функции «биологии власти», когда в центре внимания находились риски биосоциального функционирования человека, его социопатогенных состояний, осложняющих жизнедеятельность, что существенно изменяло направление их практической деятельности.

Осмысляя трансформацию социума в дискурсах «общественного здоровья» можно наблюдать как менялись представления о социальных неврозах, описанных классиками психоанализа.

Модернизация современной социальной работы развивалась в ситуации, когда социальный невроз формировался в ситуации не только «больного» общества, соответствующего его природе, но традиционная симптоматика общественного невроза усугублялась пандемией COVID-19, которая вносила свою долю деструктивного состояния, образуя новую общность пандемическое социально-виктимное сообщество.

Социально-виктимное сообщество объединилось на основе не только различных форм солидарности, культурной идентичности и т.д., традиционно описанных в сложившихся подходах научных школ и направлений, новое состояние интеграции определялось виктимностью, быть жертвой объективных обстоятельств, от которых не были защищены ни элиты, ни средний классы, ни маргинальные слои населения.

Изоляция, неопределенность сформировали новую цивилизационную общность пандемиалов, не на основе групповой, социальной, культурной, этнической, экономической дифференциации, а на основе общей цивилизационной угрозы, которой стал COVID -19.

Пандемия «погрузила» человечество в ситуацию вневременного зияния, согласно подходам российского философа М.М. Бахтина, когда актуализировались в большей степени не временные факторы биографии отдельного человека, его биографического прошлого и неопределенного биографического будущего, сколько биологические факторы времени, которые стали определять пространство повседневности человека между жизнью



и смертью, тем самым объединив население планеты в новых формах общественной идентичности.

Однако, если пандемия уравнивала всех в формах структурной организации, то на уровне социальных неврозов, происходили процессы дифференциации, что было связано с индивидуальными процессами социализации, развития и инволюции отдельного человека.

Так дети и подростки в ситуации самоизоляции были лишены общения как ведущего фактора социализации на данном этапе личностного развития. Природа их социальных неврозов и агрессивного поведения лежала в основе эрзац-общения. Ограниченные WhatsApp-коммуникации не давали им полный спектр эмоционального вербального общения, где интонации, кинетические средства взаимодействия имели такое же значение, что и вербальные сообщения между коммуникаторами.

Другие социальные группы, например, активная часть населения, в ситуации пандемии не могли реализовывать свои карьерные интенции, поскольку объективные обстоятельства повседневной «производственной неопределенности и изменчивости» вносили деструктивные факторы в их профессиональную социализацию, внося свои дискурсы в социальные неврозы.

У пожилых и престарелых групп населения, почву для социального невроза создавали процессы инволюции, сохранения не утраченных функций, актуализирующие экзистенциальные смыслы, в условиях пандемии, комплексы проблем «жизни и смерти», «старческого одиночества», на этом фоне «административная изоляция» не способствовала сценариям «позитивного старения».

Философия жизнедеятельности человека в условиях пандемии вызывала к жизни новые «трудные социальные ситуации», которые трансформировали дискурсы практики социальной работы на новом уровне, определяя не только технологии в режимах офлайн и онлайн, но и технологии индивидуальной работы как в учреждениях социальной защиты, так и в организациях, в которых была не свойственна реализация практики социальной помощи, таких как, например, организациях здравоохранения.

#### **4.2.3. Актуализация цифровых технологий в системе административной практики**

Пандемия COVID-19 и постпандемическая ситуация активизировали административную практику, которая стали реализовываться в онлайн и офлайн режимах. Проблемы, с которыми столкнулась система социальной защиты в ситуации «обслуживания клиентов на удаленке», были связаны не только с оказанием услуг несвойственных для данной сферы, а также с трудностями выполнения социальных гарантий потребителям услуг в предоставлении пособий и выплат.

Система российской социальной защиты по внедрению электронных инструментов помощи по таким направлениям как: выплаты пособий, проведение индивидуального консультирования в режиме прямого доступа, реализация методов е-терапии, сопровождение в режиме онлайн и ряда других методов помощи, имела значительное отставание от стран Глобального Севера, представляющих данные услуги еще с середины 80-х годов прошлого столетия.

Пандемия, явилась своеобразным триггером, изменившим вектор управления социальной сферы, вызывая к жизни стратегии неоменеджеризма (NPM). NPM-подход в новых условиях был направлен на ликвидацию отставаний цифрового управления сервисов потребителей социальных услуг, что в свою очередь приводило к изменению как системы администрирования социальными службами, так и принципов стратегического планирования оказания услуг на курируемых территориях. В контексте управленческих задач приоритетами становились стратегии «оптимизации» управления институтов социальной защиты, их укрупнения и объединения, строгой подотчетности и регулярного контроля, но уже на основе е-технологий.

Цифровые технологии изменили философию помощи на мезоуровне, поскольку дали возможность получать услуги удаленно в режиме и формате удобного времени и локации для клиента. Данные технологии позволили клиенту не только получать поддержку в сложных жизненных ситуациях на основе запроса, но и проактивно, когда запроса со стороны клиента не следовало.

Основанием для проактивной помощи являются жизненные события, такие важные переходные периоды, которые могли бы осложнить дальнейшую жизнедеятельность как отдельного человека, так и его семьи в целом, например, инвалидность, потеря кормильца и т.д.

Проактивная политика помощи и поддержки начинает осуществляться с выхода приказа Минтруда от 16.11.2021 № 805Н «О возможности получения необходимых льгот и выплат гражданам Российской Федерации в связи с определенными жизненными событиями». Первоначально список проактивного информирования был ограничен уведомлениями при рождении ребенка, установлении инвалидности и достижении пенсионного возраста. Однако постепенно список уведомлений увеличивался и в него включалось информирование о других льготах и выплатах.

Данный принцип информирования и реализации льгот найдет отражение и в практике индивидуальной работы с клиентами в режиме офлайн, когда помощь и поддержка им будет оказываться не только на основе их запроса, но и проактивно, консультируя их о возможных льготах и услугах, положенных им на основе

законодательства, но не реализуемых ими в силу различных субъективных и объективных обстоятельств.

#### **2.4.4. Реализация деятельности социальных работников в режиме проактивности в новых сферах практики и межведомственного взаимодействия**

Индивидуальная практика социального работника на микроуровне также изменяется в период пандемии и постпандемической период.

Системные изменения на микроуровне практики были определены, следующими факторами:

- новыми функциональными ролями и трудовыми действиями социального работника,
- динамикой случаев и проблем клиентов старшего поколения, которые в ситуации пандемии являлись группой повышенного риска,
- особенностями межведомственного взаимодействия учреждений и организаций социальной сферы в решении проблем клиентов 65+.

Пандемия изменила характер трудовых действий социального работника.

С одной стороны, одни из них, кто работал в учреждениях, был изолированы вместе со своими подопечными. И их деятельность осуществлялось локально в рамках учреждения, такая форма работы получила название «вахтовка». Сроки работы в учреждениях составляла от 14 до 28 дней и зависела от уровня эпидемиологической ситуации на территории.

Характер труда изменялся и в том случае, если социальный работник оказывал услуги вне социальных специализированных учреждений. В связи с тем, что пользователи услуг находились на самоизоляции такие услуги как социально медицинские, социально-бытовые, социально-правовые и ряд других не могли быть оказаны в полном объеме, либо они оказывались дистанционно.

С другой стороны, появлялись новые трудовые функции и роли социального работника, которые были вызваны экстренными ситуациями, складывающиеся в процессе развития пандемии.

Социальный работник в ситуации пандемии выступал больше как кризисный менеджер, чем профессионал предоставляющий утвержденный перечень услуг. Например, доставка лекарств клиенту, не по месту проживания, а по «месту изоляции», когда он «вынужденно проживал на даче», или «размещал домашних животных в приюты», в ситуациях экстренной госпитализации человека.

Мировая практика помощи столкнулась в период пандемии с высоким уровнем смертности среди, особенно среди пожилых людей. Так в Китае 80% жертв COVID-19 стали граждане старше 60 лет, в США -80%. По данным ВОЗ 95% жертв коронавируса в Европе стали люди старше 60 лет.

Согласно заявлениям российских официальных лиц, 80% от общего числа умерших от коронавируса в Российской Федерации составили граждане старше 65 лет, в особую группу риска попадали пациенты, имеющие хронические заболевания дыхательных путей, сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и онкологических заболеваний.

Практика социальной работы во многих мегаполисах мира столкнулась с новыми вызовами в период пандемии, такими вызовами становился уход за пожилыми людьми как в организациях здравоохранения, так и последующей поддержки их на дому.

Такие тенденции заставляли пересмотреть протоколы медицинской помощи на основе доказательной практики и этических факторов, что привело к тому что в организациях здравоохранения, в таких странах, как например Китай, Индия, социальные работники стали отходить от своих «традиционных форм деятельности», а стали реализовывать подходы «социальной навигации», способствующие лечению, выписки и дальнейшего ухода за пациентом вне учреждений здравоохранения.

В Российской Федерации в период пандемии в Москве сформировалась инициативная группа, на основе которой в постпандемический период была сформирована Социальная служба в медицинских организациях. На основе Приказа Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы № 53/90 от 03.02.2023 года «О взаимодействии Департамента труда и социальной защиты города Москвы, Департамента здравоохранения и подведомственных им организаций была организован социальный сервис «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

Необходимость включения социальных работников в структуру работы учреждений медицинских организаций была связана с рядом причин:

- изменением процесса работы медицинского персонала,
- изменением технологии госпитализации пациентов (поступление и выписка медицинской организации)
- наличием психосоциальных и социальных особенностей пациентов, прибывающих для получения медицинской помощи,
- изменением функционирования медицинских учреждений в период пандемии.

Все эти основные причины послужили основанием включения социальных работников в медицинские организации, для выполнения координационных функций по оказанию социальных услуг пациентам между различными организациями в пандемической и постпандемической ситуации.

Включение социальных работников в состав работников больницы определило их новые ролевые интервенции, что приводило к изменению трудовых функций на рабочем месте и в новых производственных условиях. Эти факторы определили новые дискурсы в философии помощи, технологических подходах, тем самым клинический вектор практики социальной работы расширил границы ее профессиональной идентичности, вызвав к жизни такие новые ролевые функции профессионала как социальный координатор и социальный администратор в медицинских организациях.

Рассматривая причины модернизации философии социальной работы в условиях пандемии и институционализации социальных координаторов в учреждениях здравоохранения, необходимо обратить внимание на ряд факторов эндогенных и экзогенных, повлиявших на изменение клинических дискурсов социальной работы.

*С одной стороны*, как показали зарубежные исследования работники здравоохранения в ситуации пандемии были подвержены не только стрессу, но в катастрофических ситуациях были подвержены посттравматическому стрессовому расстройству, физическому и эмоциональному истощению, что было связано с ежедневными рисками заражения.

*С другой стороны*, условия госпитализации пациентов, которые были организованы в доковидный период на плановой основе в ситуации пандемии стали носить экстренный характер, что приводило не только к изменению условий труда медицинских работников, но к изменениям социально-психологического состояния пациентов, которые приобретали массовый характер, не свойственный для больных при госпитализации.

Пациенты в палатах с COVID – 19 имели, согласно исследованиям, принципиально иные социально-психологические показатели, не характерные для «традиционных пациентов» медицинских учреждений. Так процент депрессии среди пациентов возрос на 50%, уровень тревоги на 44.6%, бессонницы 34%, дистресса на 71,5%.

*С третьей стороны*, пациенты, особенно пожилые, находились не только в состояниях средней, тяжелой и крайней степеней тяжести, что также носило массовый характер, но находясь в условиях госпитализации, они оказывались в ситуации групп социального риска, поскольку для многих из них дальнейшая жизненная ситуация, после выздоровления, была либо не определена, либо осложнена состоянием их здоровья, требующим ухода, что затрудняло проблемы выписки и из больницы.

Характерными ситуациями, особенно для пациентов 65+ были:

- отсутствие родственников или потеря связи с ними,
- невозможность получения объективной информации от пациента, в следствие когнитивных нарушений или амнезии, вызванных заболеваниями,
- сложность установления социального статуса, поскольку пациент был «найден на улице» и доставлен в больницу,
- невозможность выписки из больницы, поскольку пациент был одиноким, или во время его госпитализации ближайшие родственники умерли,
- невозможность выписки из больницы, поскольку состояние здоровья пациента требовало дальнейшего ухода после выписки, но не было организационных и социальных условий, по месту его проживания и т.д.

В этой ситуации, принимается решение о введении социальных работников, которые бы выполняли функции социальных координаторов, осуществляющих содействие пациентам в предоставлении социальных услуг, социальной помощи и психологической поддержки непосредственно в лечебном учреждении.

Социальные координаторы выполняли те виды деятельности, которые могли способствовать выписки пациента из больницы, и которые не мог выполнить медицинский персонал. По сути дела, в новых исторических условиях функции профессиональной дополнителности, межведомственного взаимодействия, но уже в междисциплинарной команде начинали реализовываться в российских условиях. Первоначально социальные координаторы оказывали только шесть услуг пациентам, среди них:

- установление родственников / иных лиц, осуществляющих уход,
- предоставление срочных социальных услуг на время госпитализации,
- содействие в предоставлении социального обслуживания пациенту на дому,
- организация предоставления социальных услуг специализированных учреждениях,
- организация перевода в учреждения социальной защиты для временного или постоянного проживания,
- предоставление психологической помощи.

Постепенно в пост-ковидный период изменилась не только философия деятельности социальных координаторов, количество социальных услуг, но и сама междисциплинарная команда пополнилась профессионалами такими как менеджеры, социальные администраторы и психологи социальной сферы.

Интеграция усилий социальных, медицинских работников, психологов социальной сферы наиболее полно позволяет реализовать себя при внедрении системы долгосрочного ухода, в соответствии со стратегическими документами Правительства Российской Федерации, в рамках приоритетных национальных проектов «Здоровье» и «Старшее поколение», концепции демографической политики, а также в рамках государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан».

При этом мультидисциплинарный подход направлен на удовлетворение жизненных потребностей лиц старших возрастных групп в оказании адресной медицинской и социальной помощи, в том числе и социального сопровождения, где значимая роль отводится социальным координаторам.

Таким образом, профессиональный этап социальной работы в России пройдя ряд трансформаций от идеологем общественного и частного призрения, классово-социальной работы, помощи на дому, поддержки человека в трудных жизненных обстоятельствах на основе заявительного принципа обслуживания, в современных условиях в дискурсах клинических идеологем помощи, реализуется проактивно, на основе онлайн и офлайн технологий.

### **Общие выводы**

Особенность становления социальной работы в России имеет свою специфику.

В течение XX века идеологемы и практика помощи реализовывались в различных государственных контекстах имперских, советских, демократических, на каждом этапе можно было наблюдать не только слом предшествующей государственной структуры, но и построение принципиально новой системы социальной защиты уязвимых слоев населения, что не наблюдалось в странах Глобального Севера, и данные тенденции отдаленно напоминают подходы реализуемые в XX веке только в КНР.

Другой особенностью институционализации социальной работы в России является то, что изменения практики помощи, вызванные общемировыми тенденциями индустриализацией, урбанизацией, ростом численности рабочего класса и его обнищанием, справедливо только отчасти. Процессы индустриализации и урбанизации находились на «начальной стадии» оформления тенденций, а маргинализация рабочего класса была вызвана не «жесточайшей его эксплуатацией», как это наблюдалось в западных странах, а невозможностью пролетариату, выходцам из крестьянского сословия, получить необходимую работу на фабриках и заводах. Поэтому ведущей формой практики помощи будет приискание работы, трудовая помощь, и обеспечение пропитанием и жильем, крестьян, осевших в городах после отмены крепостного права.

В советское время пролетариат и беднейшее крестьянство новыми элитами, стоящие во главе управления государством, промышленностью, всеми сферами хозяйства, в этой связи модели социальной работы, которые были направлены на адаптацию трудового большинства к общенациональным условиям были неприемлемы для новой власти, изменяющих архитектуру государственного управления и общественного мироустройства.

Обращение к моделям социальной работы, вне институциональной ее формы, было предпринято в середине 80-х годов в связи с кризисными явлениями в экономике и социальной защите населения. Модель патронажа на дому, а точнее ухода на дому, станет той моделью, которая будет ведущей формой помощи на ближайшие почти тридцать лет, захватывает период демократической России.

Социальная работа в период демократических реформ носила экстенсивный характер развития, с одной стороны она, сглаживала противоречия перехода общества на рыночные отношения, выступая своеобразным амортизатором, а с другой стороны формировала массовые иждивенческие установки и стереотипы поведения, которые способствовали жизнедеятельности человека в условиях формирования мира капитализма.

Отказ правящих элит от экстенсивного пути развития социальной защиты, переход на адресную систему поддержки, с определением полномочий государства и гражданского общества в деле помощи нуждающимся, вызвали к жизни новые модели социальной работы, которые изменились в постпандемический период.

Сегодня наблюдается развитие дискурсов клинической практики социальной работы на основе межведомственного и междисциплинарного подхода.

### **Вопросы и задания**

1. Раскройте особенность становления социальной работы в начале XX века.
2. Как общественными деятелями осмыслились проблемы общественного призрения на рубеже веков?
3. Какие тенденции характерны для общественного призрения начала XX века?
4. В чем особенность классового подхода к помощи и поддержке в 20-х годах XX века?
5. Покажете какие тенденции в помощи и поддержке населению были характерны в первые годы Советской власти?
6. Почему был осуществлен подход в помощи пожилым и престарелым в середине 80х годов?
7. В чем отличие обслуживания на дому в 80-е и 90 – годы, в начале нового века?



8. Какие тенденции в становлении социальной работы характерны в 90-е годы XX столетия?
9. Покажите особенность институционализации социальной работы в РФ на начальном этапе. Сравните их начальными этапами становления социальной работы Германии и Франции?
10. Дайте сравнительную характеристику социальной работы до наступления пандемии и после нее. Какие новые тенденции появились в практике социальной работы?

### **Задание.**

#### **Выберете одну из тем и напишите рефераты:**

1. Общественное призвание и частная благотворительность на рубеже веков.
2. Русские демократические деятели в подходах к общественному призванию в начале XX века.
3. В.М. Герье – как основатель российской теории и практики социальной работы.
4. Классовая модель социальной работы в РСФСР.
5. Концепция классового подхода Н.А. Семашко.
6. Концепция классового подхода в официальных документах 20-х годов.
7. А.С. Макаренко и бихевиористские подходы к социально-санитарной работе.
8. Становление социального обслуживания на дому в 80-е годы в СССР.
9. Становление теории и практики социальной работы в 90-е годы.
10. Клиническая социальная работа в период пандемии и постпандемический период.

### **Глава 3. Философия профессионализма в основных странах Глобального Юга**

Философия профессионализма Глобального Юга в области социальной работы выступала как проект Глобального Севера. Практически все школы социальной работы, либо как самостоятельные учебные заведения, либо как факультеты в рамках национальных университетов были открыты европейскими или американскими деятелями благотворительных светских и религиозных организаций. При чем программы подготовки были сертифицированы в странах, откуда прибывали иностранные преподаватели. Немецкие, английские, голландские, бельгийские, американские преподаватели являлись руководителями департаментов, ведущих подготовку кадров из числа местного населения.

Программы подготовки представляли из себя эклектические подходы, в которых доминировали западные технологии индивидуальной помощи, построенные на ранних моделях американского психоанализа, который экзотично переплетался с национальными и религиозными ценностями, представлениями о философии помощи.

Как показывала дальнейшая общественная практика процессы национального освобождения приводили не только к изменениям политической власти, но и к переосмыслению идеологием в образовании, гуманитарных наук и профессий социального и педагогического профиля.

Процессы национального самосознания в странах Глобального Юга сопровождался разрушением, по образному определению португальского социолога Боавентуры де Соуза Сантоса, «эпистемицида», знания основанного не на традициях местной культуры и языка, а европейских языков, как правила английского, заменяя местные стили рассуждений и описания реальности. По мнению М. Фуко такой стиль мышления, создания смыслов формировал «маргинализированное сознание», которое развивалось в дискурсах бинарного стилия рассуждения, когда истинное знание не было связано с реалиями «своего этнокультурного мира».

Философия профессионализма в странах Глобального Юга развивается сегодня по пути коренизации, согласно африканским теоретикам постколониальных теорий: «процесса переформулирования импортированных идей и практики, чтобы сопоставить их с местным и культурным контекстом конкретного (колониального) опыта».

В этом контексте сегодня развивается профессиональная социальная работа в странах Глобального Юга, таких основных стран как Бразилия, Индия и Китай.



### **3.1. Становление клинической социальной работы в Бразилии.**

Философия профессиональной социальной работы в Бразилии развивалась в контексте развития профессии в странах Латинской Америки. Влияние стран друг на друга было достаточно велико, не малую роль в становлении социальной работы играли европейские школы социальной работы, а после второй мировой войны американские профессиональные школы.

По мнению специалистов, становление социальной работы в Бразилии, как и во многих латиноамериканских стран, ее философия и практика характеризуется сложными и нелинейными процессами, которые осложнялись периодам военных диктатур, что вносило

изменения в ориентации общества, вызывая к жизни политические и экзистенциальные проблемы, особенно в период правления постдиктаторских правительств. Все эти тенденции не могли не отразиться на философии профессиональной работы.

### **3.1.1. Философия профессиональной деятельности в конце XIX в первой трети XX века**

Развитие социальной работы в Бразилии было обусловлено общемировыми тенденциями развития капитала, индустриализацией, урбанизацией. Однако колониальная и постколониальная политика правящих элит вносила свои особенности как модернизационные процессы, так и развитие капитализма в Бразилии.

По мнению историков, модернизационные процессы на бразильской территории Латинской Америки начинаются с начала XIX века, с приходом к власти португальской королевской семьи.

В конце XIX века в первой трети XX века в период Первой республики, в 1919-1929 годы в стране появляются первые социальные законы, которые регулируют наемный труд, появляются общественные инициативы, направленные на развитие пенсионного обеспечения, социальных пособий. Эти инициативы вызывали сопротивление со стороны работодателей, они вводили всевозможные ограничения, хотя всевозможными путями стремились избежать эксцессов.

Работодатели выступали за 56 – часовую рабочую неделю, запрет детского труда до 10 лет, а не 12 как предлагали профсоюзы, высказывались за минимальный возраст 15 лет, когда молодой человек на рынке труда считался взрослым, выступали против организации школ и детских садов при фабриках и заводах.

Тем не менее в 1923 году появляются законы, защищающие рабочий класс от несчастных случаев на рабочем месте, в этом же году учреждается пенсионный фонд и пенсионный фонд для работников железной дороги. Эти фонды создавались не столько под влиянием идей О. Бисмарка, сколько под «сильным влиянием Аргентины, где аналогичные фонды существовали с 1904 года».

Процессы индустриализации и урбанизации в 30-е годы дали импульс для модернизации страны, однако «периферийная и зависимая капиталистическая экономика» вошла в противоречие с «агроэкспортной» экономикой, что вызвало к жизни социальные проблемы, неравенство «материализовалось в повседневной жизни», приобрело свои политические формы. Политические круги и католическая церковь искали модели регулирования социальных проблем, социальное обеспечение и введение института

социальных работников становится одним из ответов на вызовы в «преобразованиях в конфигурации бразильского государства».

### *Философия ассистенциализма*

Философия ассистенциализма возникает в Латинской Америке с появлением первых школ социальной работы. Первая школа социальной работы появляется в Чили в 1925 году, в ней воплотятся идеи и подходы подготовки профессионалов, принятых в Бельгии.

В 1930 году появляется школа социальной работе в Аргентине, а в 1936 году появление школ социальной работы наблюдается сразу в трех странах Колумбии, Венесуэле и в Бразилии. Именно с этого момента можно говорить о философии профессиональной социальной работе.

Первоначально, школа социальной работы, организованная в Чили, подготовку профессионалов осуществляла в направлении подготовки парамедиков, с европейской ориентацией. Поэтому не случайно в программу подготовки входили такие дисциплины как гигиена, сестринское дело, социальный патронаж, социальная работа в больнице. Вместе с тем среди специальных и базовых дисциплин подготовки появлялись такие как, например, социальная поддержка рабочего населения и социальная работа, помощь и профилактика социальных проблем и ряд других.

В данный период, первоначально социальные работники организовывали свою деятельность как помощники врачей, выполняя их предписания: делали инъекции, осуществляли поддержку больных на дому, патронировали младенцев и т.д.

Именно такой подход первоначально распространялся на все социальные школы в Латинской Америке.

Философия ассистенциализма осмыслялась как социальная помощь, как действия, предпринимаемые господствующим классом для удовлетворения потребностей «менее обеспеченных классов». В концептах и подходах преобладали дискурсы воспитания, в соответствии с моральными представлениями о том, что в основе должно лежать смирение, а неравенство – это естественное состояние общества.

Сущность философии ассистенциализма выразил аргентинский философ Эсекьель Андер-Эгг считая, что эта форма помощи не учитывала коренные причины неравенства, а была направлена на ознакомление и использование «нуждающимися людьми» тех ресурсов, которые бы позволяли им достичь «лучшей жизни». Помощь рассматривалась как определенный инструмент поддержки, позволяющие в дальнейшем строить свое будущее, подобно тому как дети оставляют своих родителей, чтобы жить самостоятельно.

Однако это философия претерпевала свою трансформацию в данный период в Бразилии, поскольку происходила реконфигурация бразильского общества в рамках национального государства.

Индустриализация вызвала миграционные процессы из сельской местности крестьянства, которые прибывали в города и не найдя там работу селились на окраинах города, образуя поселения, которые получили названия «фавелы».

Стихийные поселения, фавелы, в Бразилии появились в конце XIX века в результате гражданской войны, во времена «каучукового бума», когда десятки тысяч бразильцев остались без жилья. Однако на этапе индустриализации и урбанизации появление новой волны фавел становилась проблемой озабоченности власти. К разрешению этой ситуации правящие элиты подключали различные силы, в том числе социальных работников, а также врачей, педагогов, медицинских сестер.

Философия помощи в этот период основывалась на католической идеологии, поскольку правящие элиты опасались в ситуации социального кризиса продвижения коммунистических идей в обществе. В этой связи по отношению к пауперизму городского пролетариата формируется официальная точка зрения, что в основе его не социально-экономические противоречия между трудом и капиталом, а нравственное падение человека.

Правящие элиты в данный период актуализируют неотомистские социальные концепты католические подходы осмыслили социальные проблемы общества в свете христианской морали.

Идеи неотомизма такие как стремление к многообразию форм собственности, примирение противоречий между социальными слоями, обеспечение демократии с приматом общечеловеческих ценностей становятся теми идеологемами на которых разворачивается практика социальной работы.

С другой стороны, практика развития общин, где особое внимание уделялось сельскому населению, обосновывается исходя из социологических подходов. В этой связи в данный период актуализируется теория структурного функционализма Т. Парсонса, подход, который «абстрагировал социальные противоречия, порожденные экономическими и социальными структурами зависимого капитализма».

На сочетании теорий неотомизма и структурного функционализма формируется философия профессиональной деятельности в данный период.

### **3.1.2. Оформление профессиональной социальной работы с 1945 по 1963 год**

Философия профессиональной деятельности в данный период будут определять внешние и внутренние политические события, а также панамериканские конгрессы

социальной работы, которые проходили в данный период, изменяя мировоззренческие позиции бразильской философии социальной помощи.

Кубинская революция 1959 года повлияла, по мнению специалистов, на осмысление политической реальности, что приводило к изменению философии социальной работы. Марксизм как один из векторов идеологии, все больше вытеснял подходы неотолизма в теоретических дискурсах социальной работы, особенно после студенческих выступлений 1960 года.

Эти концепты, а также движение за народное образование среди «угнетенных классов» изменили подходы социальных работников в фавелах.

Другим важным фактором изменения философии социальной работы, является обращение бразильских профессионалов к идеологам американской социальной работы М. Ричмонд, Дж. Тафт, В. Робинсон, и других, поскольку практика социальной работы начинала обретать свои самостоятельные методы и технологии, что определяло отход в теории и практики от установок философии ассистенциализма.

С третьей стороны, регулярные Панамериканские конгрессы социальные работы вносили свои изменения в философию помогающей практики.

Первый Панамериканский конгресс социальной работы в Сантьяго, Чили, в 1945 года был посвящен глобальному сотрудничеству в области социального обеспечения. На конгрессе состоялся обмен опытом практиков социальной работы из различных стран, была представлена практика социальной работы в области защиты детей, здравоохранения, труда, правовой помощи и сельского хозяйства.

Дальнейшие конгрессы в этот период осмысливали следующие вопросы, отражающие проблемы социальной работы:

- социальные и экономические проблемы мигрантов,
- создание центров социальных действий,
- сотрудничество между социальными службами и общественным здравоохранением,
- развитие социальной работы в психиатрии,
- изменение программ обучения социальных работников, таким образом, чтобы они могли достичь глобального понимания проблем, связанных с социально-экономической системой каждой страны и др. вопросы.

Философия социальной работы в этот период строится на концепциях развития, которая доминирует в академических кругах. В этой связи начинают преобладать подходы изучения социальной сферы и методов работы с сообществом, работа в комьюните и с группами.

На этом этапе происходит переосмысление концепций социальной работы предшествующих лет, они получают осуждение за позицию нейтралитета и поддержания «статус-кво капиталистической системы». Однако критический процесс осмысления предшествующего опыта прервался из-за событий, связанных с военно-политическим переворотом в государстве.

### **3.1.3. Философия социальной работы в период диктатуры и авторитарной модернизации социальной сферы 1964-1988 годы**

Возрождение военной диктатуры, с принятием декрета АИ-5, президентская власть получала неограниченные полномочия, среди них основными являлись:

- отзывать законодательные, исполнительные, федеральные, государственные и муниципальные полномочия,
- увольнять и снимать судей,
- объявить осадное положение без ограничений для страны,
- обвиняемых начали рассматривать военные суды без права обжалования и др.

Однако военная диктатура вызвала к жизни политические протесты, рост партизанского движения.

Изменились и политические дискурсы, которые повлияли на изменение философии социальной работы, ее теоретическим обоснованием становятся идеологемы сопротивления.

Идеологемы сопротивления представляли собой синтез коммунистических, маоистских, немарксистских подходов, которые формировались благодаря политическим событиям Кубинской революции 1959 года, китайской культурной революции 1964-1967 годов, а также идеям французских философов таких как Луи Альтюссера, Режи́са Дебре́ и Жана Поля Сартра.

Философия социальной работы формируется в этот период вокруг движения, известного как переосмысление. Новый радикализованный опыт заставляет переосмысливать сложившиеся концепции индивидуальной работы со случаем, с группой, в сообществе.

В университетских кругах новое мировоззрение в отношении проблем бедных слоев мигрантов из сельских районов Бразилии формируется на основе подходов неомарксизма Луи Альтюссера, маоистских постулатов культурной революции, и революционных французских событий 1968 года. Проблема перехода к демократии становится основной политической повесткой дня.

Именно в это период формируется новое направление в философии социальной работы, которым руководит Лейла Лима Сантос предложившую концепцию социальной работы, которая сочетала в себе философские подходы Альтюссера, радикализированным христианством и педагогикой Пауло Фрейере. Этот мировоззрение отражало «связь со студенческим, рабочим и крестьянским движением» на основе политической борьбы против военной диктатуры.

Со второй половины 70-х годов происходит переосмысление роли социальных работников, их места в политическом движении, «профессионального вмешательства социальных работников в народные классы».

В период «редемократизации» формируются новые подходы к философии социальной работы на основе профессиональной этики, в основе которой «поиск человеческой эмансипации и приверженность построения нового социального порядка».

Именно на этих основаниях начинает оформляться программа действий на основе этико-политического проекта приверженности политическим проектам и регулирования социальной политики.

Переосмысление философии практики происходит не только на уровне методологии политических дискурсов, но и на основе критики американских подходов к профессии. Отмечалось, что американская методология социальной работы не соответствовала местным реалиям, и что большое внимание уделялось экономическим проблемам, как средству решения всех проблем бразильского общества.

#### **3.1.4. Становление профессиональной социальной работы в контексте новой волны демократии 1988-2015 годов**

Философия профессионализма меняется в данный период в связи с изменением политических условий в стране. Конституция 1988 года провозглашает принципы построения свободного общества, основанного на солидарности. Целями государства является искоренение нищеты и достижение всеобщего благосостояния.

Как считают исследователи, впервые в основном государственном документе нищета и ее ликвидация является центральным социальным вопросом, а термин «социальное обеспечение» добавлен в свод законов Бразилии.

Система социального обеспечения включала в себя медицинское обслуживание, пенсионное обеспечение, страхование по безработицы.

Система социального обеспечения имела свой отдельный бюджет, доход, который определяли различные источники.



Такие подходы приводят к изменению философии социальной работы ее политических дискурсов. Философия социальной работы, по мнению исследователей в это период была вдохновлена идеями Георга Лукача и Антонио Грамши, получившими обоснование этико-политического проекта, где приоритеты отдавались представителям рабочего класса.

Программа «освободительной социальной работы» представляла из себя синтез подходов, включающих в себя различные варианты марксизма, немарксистскую социологию, отражающих интересы и видение реальности социальных работников, представителей среднего класса и «академической мелкой буржуазии».

Философия профессиональной социальной работы в эти и последующие годы будет основана на концептах социальной педагогики Пауло Фрейре, на основании методологии оказания помощи детям и подросткам, живущим на улице.

Ключевой концепцией, которая включается в философию социальной работы, является концепция *консиентизация*, учения о способах развития критического мышления отдельных лиц и сообщества в целом, позволяющим понимать социальную реальность и посредством размышлений осуществлять действия. Такой подход, по мнению ученого позволяет принимать меры по устранению коренных причин угнетения, «которых происходят здесь и сейчас». С позиций П. Фрейере этот подход «краеугольный камень к прекращению культуры молчания, в которой угнетение не упоминается и тем самым поддерживается».

### **3.2. Оформлении клинической социальной работы в Индии**

Проблемы становления социальной работы в Индии имеют свое своеобразие как в современный период, так и на уровне древнейшей истории. Древнейшие религии, которые возникли на территории Индии еще в V-III тысячелетии до нашей эры своеобразным образом не только сохранились до настоящего времени, но и органически вошли как в практику индивидуальной работы со случаем, так и в систему групповой и общинной работы, определяя дискурсы современной философии социальной работы индийского многонационального и многоконфессионального общества.

В период постмодернизма, сегодня, когда доминируют терапевтические подходы в практики социальной работы Глобального Севера, они своеобразным образом находят своего отражение в индийских моделях социальной работы.

Можно наблюдать как идеи дзен-буддизма тесно переплетаются с западными терапевтическими техниками психоанализа и поведенческой терапии, техники и

философия йоги с телесно-ориентированной терапией, намечаются особенности в тенденциях в философии мезоуровня социальной работы по работе с престарелыми, подростками и женщинами специфическим образом увязываются с концептами М. Ганди и его философии ненасилия.

Исходя из особенностей профессиональной социальной работы в Индии, мы остановимся на основных тенденциях философии профессиональной социальной работы начиная с периода конца XIX века по настоящее время. В этой связи мы будем рассматривать философию социальной работы в контексте двух периодов:

- период колониальной социальной работы (конец XIX века по 1949 г.)
- период пост-колониальной социальной работы (1950 г. – 2020 гг.)

### **3.2.1. Становление социальной работы в колониальный период**

Оформление социальной работы в колониальный период характеризовалось отходом от религиозной кастовой благотворительности в данный период, что определялось рядом исторических процессов:

- политическими тенденциями,
- активизацией национальных элит в благотворительной деятельности,
- развитием школ социальной работы в различных штатах Индии,
- движением сатьяграха, ненасильственной борьбы за независимость, в основе которой лежали доктрины М. Ганди.

*Политические тенденции* определялись развитием капитализма в Индии, ростом пролетариата, обнищанием населения и высокой смертностью среди работающих на фабриках Ост-Индийской кампании.

При высокой эксплуатации труда и низкой ее оплаты колониальным властям пришлось вводить законы о трудовой занятости, но они, как пишут исследователи, были направлены не на защиту пролетариата и улучшение условий труда, а прежде всего на регулирование занятости между работодателями и наемными работниками.

Эта «своеобразная забота» скорее была связана со сложностями воспроизводства «пролетарских кадров», так как на фабриках работало около 1 млн. человек, а 90 % всего трудового населения работало в сельском хозяйстве. Пролетарии вышедшие из деревень, проживающие в трущобах, продолжительность жизни которых составляла около 23 лет, заменялись только своими детьми, которые заступали на рабочие места родителей, когда те возвращались в свое селение, полностью истощенные непосильным трудом и условиями жизни.

Эти и другие общественные проблемы дали импульс для проведения законодательных реформ в области трудового законодательства и подходам к инициативам в области социального обеспечения, социальной защиты и социальной реабилитации, определенных социальных групп.

### *Трудовое законодательство*

Правовые акты второй половины XIX – начале XX века, регулирующие трудовую занятость, были первыми государственными правовыми актами, положившими начало законодательству в области социального обеспечения. В таблице №1 показана динамика законов в колониальный период в Индии в XIX- начале XX века.

**Таблица 3.1.**

### *Трудовое законодательство в Индии в колониальный период*

Год	Закон	Комментарии
1850	Закон об учениках	Предусмотрено обязательное обучение мальчиков и девочек с 10 до 18 лет. Беспризорники и дети-правонарушители могли быть принудительно направлены на обучение в целях социальной коррекции.
1853		
1859	Закон о торговом судоходстве	
1859	Закон о нарушении контракта рабочими	
1881	Закона о фабриках	
1891	Закон об индийских фабриках.	
1923	Закон о компенсации рабочим	
1929-40	Провинциальные законы о пособиях по беременности и родам	
1936	Закон о выплате заработной платы	«Если какое-либо лицо не выплачивает или умышленно не выплачивает заработанную плату любому работающему лицу к дате, установленной властями от этого имени, оно, без ущерба для любых других действий, которые могут быть предприняты против него, облагается дополнительным штрафом, который может составлять до семисот пятидесяти рупий каждый день».
1938	Бомбейский закон о трудовых спорах	

Анализируя правовые нормы данного времени можно отметить, что в колониальный период законодательство в большей степени защищало экономические интересы работодателя, чем наемного рабочего. Однако можно было наблюдать, особенно в XX веке,

что происходили определенные сдвиги в области социальной защиты человека труда, хотя, как показывала практика, ситуация на предприятиях была далека от нормативных требований закона.

Государственные инициативы в области *социального обеспечения* имели своеобразие применительно к индийской действительности, реализация этих подходов была осуществлена в 20-е -30-е годы XX столетия. По мнению ученых, в это период развивается практика помощи детям, женщинам, развивается образование, в том числе и образование в области социальной работы на основе инициативы частных лиц и профессиональных организаций.

#### *Активизацией национальных элит в благотворительной деятельности*

Активизация деятельности в области социальных программ наблюдается в этот период не только со стороны колониального правительства, но и со стороны индийской интеллигенции. Индийские общественные деятели такие как *Сасипада Банерджи, Джотирао Ковиндрао Шутт, Пандита Рама Бай, Д.К. Карве, Кандукури Веересалингам* и другие включились в процесс реформирования «социальной сферы», расширяли практики активной благотворительной деятельности.

Деятельность реформаторов в этот период была направлена на проблемные области: образование детей, особенно из низших каст, «защита прав женщин», поддержка бедных и нищих, противодействие ритуальным религиозным традициям. Можно отметить, что именно в этот период происходит активизация открытия школ для девочек и мальчиков из бедных семей, домов для вдов из различных каст, в том числе из каст неприкасаемых, что стало своеобразной национальной моделью «проекта поселений».

Зарождение социального знания происходило благодаря складывающимся тенденциям в образовании в области социальной работы. Первое направление определялось практикой и потребностями оформляющейся национальной системой здравоохранения и социального обеспечения. При этом процесс профессионального образования, особенно женщин, рассматривался прежде всего, как фактор национального освобождения.

Вторая тенденция в институционализации профессиональном образовании в Индии в данный период определялась практикой распространения западного образования в области социальной работы в мировом цивилизационном пространстве, через которое миссионеры «продвигали» христианскую идеологию в «языческие страны мира». Это была своеобразная экспансия верования через практику образования, что осуществляли на территории Индии различные христианские конфессии.

#### *Практика организации школ социальной работы национальными реформаторами*

С начала XX века начинается активизироваться женское образование, не только общее, но и профессиональное в городах и провинциях Индии.

Как считают исследователи, такая тенденция начала оформляться с реформистской деятельности Гопала Кришны Гокхле, основавшего в 1905 году «Общество слуг Индии», эта была «первая попытка индийцев в форме организованной социальной работы» осуществить поселенческий проект, в котором большое внимание уделялось профессиональному образованию мальчиков и девочек.

Профессиональное образование для женщин реализовала в своих проектах и другой индийский реформатор Рамабай Ранаде, которую исследователи считают одной из первых «матерей социальной работы», борцом за права женщин, немало приложившей усилий по организации женского образования.

В 11 лет выйдя замуж за известного судью и политического деятеля Махадева Говинда Ранаде, при его поддержке, она становится не только образованной женщиной, но еще в 1884 г. вместе со своим мужем открывает одну из первых школ для девочек "Хузурпага" в Пуне.

В 1908 году реформаторы парсы Б. М. Малбари и Дайарам Гидумал выдвинули идею о создании дома для женщин, в котором можно было бы обучать индийских женщин профессии медсестер, эта идея была поддержана Р. Ранаде и в 1909 году появляется «Общество Пуна Сева Садан», которое получает юридический статус в 1915 году.

При данном обществе было открыт женский учебный колледж, а при нем общежития для студентов-медиков и медсестер стажеров. Примечательно то, что, особенно в первые годы работы данного учреждения, первыми студентами-медсестрами были индийские вдовы.

Профессиональная школа при обществе Пуна Сева Садан расширит свой профиль работы, помимо медицинской подготовки, в дальнейшем, в школе женщины могли получить образование по направлению социальной работы и воспитательной работы.

Так в 1934 году обучение проходило в школе по всем программам 31 человек. Обучение велось на языке маратхи, студенты слушали лекции по социологии, психологии, здоровью и гигиене, общей и домашней экономики, по трудовым отношениям и промышленно-трудовому праву. Практическая работа была направлена на социальную работу на производстве и в области жилищных условий.

Усилия данных и других реформаторов по организации женского образования получит широкий общественный резонанс. Так в 1927 году начнется всеиндийская кампания по социализации женщин, которая получит название худжум (атака). В ее основе реализация образовательной женской политики, где образование женщин становилось

обязательным, поощрялось трудоустройство, а также самостоятельное планирование и контроль своих заработанных финансов.

Национальные тенденции профессионального образования своеобразным образом подготовили почву для диссеминации различных профессий для женщин, что собственно и произошло с социальной работой, которая появляется в Индии в контексте проектов западной цивилизации в конце 20-х годов.

*Уровень мировых тенденций*, по которым происходило оформление профессиональной социальной работы, был связан с изменяющимися направлениями деятельности зарубежных реформаторов в области программ поселений.

#### *Организация школ социальной работы в 20-е-30-е годы*

Социальная работа как практика, система образования и теоретическая парадигма появляется в Индии в контексте экуменического движения, благодаря инициативе таких христианских миссий как Национальная христианская ассоциация молодых женщин, Церковь Шотландии, Женская миссионерская университетская община, основавших Центр подготовки индийских женщин к практике социальной работы в 1926 году.

Однако появление этого центра стало возможным благодаря доктору Клиффорду Маншардту, предки которого были выходцами из Индии. К. Маншардт окончил богословский факультет Чикагского университета и в 1925 году в рамках миссии Американских маратхов прибывает в страну и открывает в трущобах Бомбея (современный Мумбай) «Дом по соседству Нагпада» в рамках проекта «Поселенческий дом Америки», который финансировала миссия.

На базе данного проекта в 1926 году был реализован первый проект подготовки женщин в области социальной работы, которые могли быть либо волонтерами, либо специалистами, выбрав эту деятельность в качестве профессии, «найти себя», стать полезным своему обществу».

А. Соломон, изучив в 30-х годах прошлого века деятельность данного центра, определила, что годовая профессиональная программа социальных работников имела три уровня обучения:

- теоретическую подготовку,
- практическую подготовку,
- трудовую подготовку, «волонтерскую практику».

Теоретическая подготовка включала ряд предметов, среди них: элементарная экономика, основы гражданского права, трудовые отношения, элементарная физиология человека, элементарная психология, гигиена и способы оказания первой помощи,

религиоведение. Как писала исследовательница, «все лекции затрагивают особенности положения женщин в обществе».

Широко была представлена и практика будущих профессионалов, в процессе обучения слушательницы должны были пройти практику в христианских центрах, больницах, комитетах, защищающих права ребенка, а также в «детских судах» и даже на «игровых площадках».

Особые виды практик были связаны с реальной «индийской действительностью», женщин обучали «швейному мастерству для рабочих фабрик», организовывали посещение «социальных учреждений для парсийских вдов», в «рабочие дома».

В качестве волонтерской деятельности слушательницы выполняли «функции по сбору средств на нужды населения».

Курсы были частью программы, включающая в себя вечернее обучение рабочих, учащихся технических колледжей, сотрудников диспансеров, мигрантов. Программы включали в себя языковую подготовку, основы оказания первой помощи, гигиены, ухода на дому, «обучение для женской организации скаутов».

Согласно исследованиям, в 1933 году была основана голландско-индийская школа социальной работы, основанная голландско-индийским обществом социально-благотворительной работы. Особенность этой школы являлось то, что туда принимались только женщины от 18 до 30 лет, при этом они должны были иметь три года среднего образования, либо документ об окончании школы домоводства, промышленного училища «или необходимый опыт социальной работы».

Особенность образования этой школы заключалась в том, как и в современной системе образования, последние полгода обучения студенты должны были пройти практику в социальном учреждении, и в системе подготовки были дисциплины, посвященные «методам и принципам организации направлений социальной работы». Была специализация подготовки, по которым студенты сдавали экзамены.

В 1936 году открывается Высшая школа социальной работы, школа Д. Таты, которая будет переименована в 1944 году в институт социальных наук. По мнению индийских историков социальной работы, с основания именно с этой школы начинается профессиональный этап и философия помощи в стране. Продолжительность обучения составляла два года, теоретическое обучение сопровождалась практической подготовкой, которая осуществлялась под контролем супервизора.

Процесс подготовки был направлен на получение компетенций в области медико-социальной работы и социальной работы с психическими больными. Социальные работники изучали широкий спектр подходов к решению проблем индийского общества

таких как делинквентное поведение молодежи и взрослых, промышленно-трудовые отношения, охрана семьи и детства и ряд других вопросов.

### 3.2.2. Движение сатьяграха, ненасильственной борьбы за независимость

Термин «сатьяграх» был предложен *Махатмой Ганди (1869-1944)* в 1906 году, когда он вел свою правозащитную деятельность в Южной Африке, в переводе с санскрита он буквально означал «настаивание на истине», «закон любви», «пассивное сопротивление».

М. Ганди так обосновывал эту доктрину «, это просто расширение правил семейной жизни... семейные споры и разногласия обычно разрешаются в соответствии с законом любви. Пострадавший участник настолько уважительно относится к другим, что терпит травму ради принципов, не мстя и не сердясь на тех, кто отличается от него. И поскольку подавление гнева и самоистязания – трудные процессы, он не придает значения мелочам. Принципиален, но во всем несущественном с готовностью соглашается с остальными членами семьи и таким образом умудряется добиться максимального спокойствия для себя, не нарушая спокойствия других».

Сатьяграхи как политика ненасилия был направлена как на «внутреннее зло», коим являлось неприкасаемость и пьянство, так и «внешнее» колониализм, британское правление.

Осмывая «внутренне зло», неприкасаемость, в контекст философии социальной работы М. Ганди писал: «Я не сомневаюсь, что неприкасаемость уходит. Это может произойти быстрее, но у нас нет корпуса социальных работников, адекватных этой задаче. Это действительно социальная работа, но более того, это большое духовное усилие. Если неприкасаемость остается, индуизм погибает, а вместе с ним и индуистская культура. И если это бедствие произойдет, все лицо Индии изменится. Разрушение индуистской культуры чревато неисчислимым вредом для общей культуры Индии».

Политическая составляющая доктрины являлась не только частью общественного изменения, но является частью общественного бытия самого человека, его индивидуальной социальной работы, в этой связи философ писал: «Я был в политической жизни, потому что нее через лежало мое собственное освобождение... потому что без нее я не могу выполнять свою религиозную и социальную работу».





Однако, политическая составляющая доктрины была построена не на теории «конкуренции», в дарвинистском смысле, характерным для западного мышления, а концепциях взаимопомощи между людьми, то, что лежало по мнению индийских исследователей, в социальной философии российского ученого П. Кропоткина, что и было включено в доктрину сатьяграхи.

М. Ганди был против разрушения структуры общества, которое развивалось из поколения в поколение, реформирование его начиналось по мнению мыслителя в жизни отдельного человека, устраняя психологические элементы, вносящие дезорганизацию среди людей в обществе, среди них стремление к власти, эксплуатация, насилие в отношениях, конфликты.

Согласно доктрине, готовясь к битве, последователь должен в равной мере стремиться к установлению мира. Условиями для успеха в этой связи являются:

- последователь не должен иметь никакой ненависти к сопернику,
- он должен быть правдивым,
- он должен быть готов страдать до конца за свое дело.

Философия помощи раскрывается М. Ганди через социальное действие и общественную организацию. При этом социальное действие раскрывается как через древние «техники» социальной работы, так и современные методы изменения общественной ситуации.

К древним техникам изменения ситуации можно отнести убеждение, страдание голодовку и другие подходы. Например, в «технике убеждения», последователь доктрины «никогда не должен ставить виновного в неловкое положение», а его призыв не должен быть обращен к его страху, а «должен быть обращен к его сердцу». Это тот подход, когда в более позднее время, в гуманистической терапии будет определяться как эмпатическое взаимодействие. Обращение к разуму и сердцу, вежливость, терпение – таковы основные подходы в философии сатьяграхи применительно к методам убеждения.

Новые методы изменения реальности такие как отказ от сотрудничества, бойкот, гражданское неповиновение, забастовки и другие в философии сатьяграхи также следовали принципам ненасилия и пассивного сопротивления, поиска истины.

Осмысляя «технологии гражданского неповиновения» М. Ганди писал: «Никто не обязан содействовать собственной гибели или рабству. Свобода, полученная благодаря усилиям других, какими бы благожелательными они ни были, не может быть сохранена, когда такие усилия прекращаются. Другими словами, такая свобода не является настоящей свободой. Но самые ничтожные могут ощутить его сияние, как только они научатся искусству достижения его путем ненасильственного отказа от сотрудничества».

По мнению исследователей, концепты социальной солидарности, которые нашла отражения в философии сатьяграхи М. Ганди была по существу синтезом подходов либертарианских, отстаивающих свободу в качестве основного принципа, гуманистическими, проникнутых любви к человеку, и космополитическими, признающими весь мир своим отечеством.

### **3.2.3. Философия профессионализма в период деколонизации**

Процессы деколонизации, с того момента, когда Индия становится самостоятельным государством в 1949 году, повлияли на изменение философии социальной работы в последующие годы.

Социальная работа развивалась в первые годы пост колониального периода в рамках становления национальной системы социального обеспечения, нацеленность социальных программ была вокруг «племенной работы», работы с кастами, работой по правам женщины в индийском обществе, пожилых людей и детей.

В конце 40-х годов Национальная конференция социальной работы выступила с предложением о создании Министерства социального обеспечения на уровне штатов, что послужило оформлению социального обеспечения в Индии.

В 60-х годах происходит модернизация социального обеспечения и социальной работы, когда изменяются концепты философия помощи, в общественном сознании все больше получали популярность подходы, при которых, американская модель социальной работы будет являться наиболее оптимальной для развития помогающей практики.

Вектор развития философия профессионализма будет на долгие годы определяться политикой неолиберализма и в социальном обеспечении и социальной работе. Концепция развития государства всеобщего благосостояние не нашла своего подтверждения в Индии, поскольку не наблюдалось устойчивого экономического развития, а профессиональная помощь в большей степени сводилась к благотворительности. Однако, как считали специалисты, система кастовой благотворительности перестала играть свою определяющую роль, но смешение западных подходов и национальных традиций сформировали эклектические подходы как к развитию теории социальной работы, так и ее практики.

С 90-х годов по начало 2000-х к традиционным проблемам в обществе таким как детский труд, социальные проблемы женщин, безработица, неприкасаемость, которое получило новое направление «белой неприкасаемости», добавляются новые вызовы, среди которых проблемы оказания паллиативной помощи, клиническая практика, проблема климата и стихийных бедствий.

На этом фоне в начале нового тысячелетия начинается поиск новых профессиональных подходов к практике социальной работы на основе национальных теорий и подходов. Одним из таких подходов в рамках национального освобождения и деколонизации сознания, на принципах освобождения формируется критическая теория деколониальной социальной работы, которая получила свое определение как племенная социальная работа или социальная работа с коренными народами.

Эта программа, обозначенная в начале 2000-х годов, уходящая своими конями еще в 60-е годы, сегодня приобретает свое новое звучание в теории и практики индийской социальной работы, особенно когда методологические евроцентристские концепты социальной работы перестают быть актуальными в эпоху формирования многополярного мира.

Согласно подходу профессора университета Тата, в Мумбаи Бодхи С. племенная социальная работа в Индии позиционирует себя не только как альтернатива европейским и англосаксонским подходам в социальной работе, но и как эпистемологическая и практическая парадигма, определяющая перспективы национальной практики помощи уязвимым слоям населения в аспектах ее деколонизации.

Рассматривая подходы к племенной социальной работе ученый видит определенный ресурс, позволяющий осмыслить сложившуюся систему неравенства, характеризующую колонизатора как «высшего», а колонизируемого как «низшего» субъекта, выйти за исторические рамки, определяющие стиль сложившегося мышления.

Методологически доколониальное мышление социальной работы отвергает правила, которые были сформулированы колонизатором как должен думать, видеть и действовать колонизируемый. Такой подход был частью колониализма, который распространялся на племена, чтобы сформировать у них правила видения реалий.

Эти правила являлись частью проекта, который был основан на производстве новых ценностей, образов мира, позволяющих колонизаторам не только смотреть свысока на колонизируемых, но преподносилась как абсолютная система ценностей для племен, что требовало изменений в системе сложившихся племенных верований и социальных практик, поскольку они являлись неполноценными. Все эти процессы сознательно или бессознательно приводили к ущемлению племенной эпистемологии, функционирования и развития племенного знания. Племенная эпистемология рассматривалась колонизаторами как примитивная, что приводило к ее осознанному разрушению и распаду. В этой связи процессы деколонизации является попыткой племенной эпистемологической реконструкции.

Деколонизация – это эпистемологический вызов, борьба против колониализма, позволяющая сформулировать взгляд на мир в «форме диалога о разнообразии». В этой связи для философии деколониальной социальной работы мир принципиально иной, он разнообразен, где уникальные реальности находятся в постоянном диалоге друг с другом, даже в том случае, если общины племен не желают вести диалог, существуют объективные условия для его реализации. В таблице №3 даны философские основы племенной социальной работы.

Таблица №3.2

### Философские основы племенной социальной работы

Предположения	Основной методологический вопрос	Основные характеристики	Значение для практики социальной работы
Онтологические	Что включает в себя категория, Отражающая реальность?	- исторически уничтожительное приписывание, - социально структурно отличные, - эгалитарные, - экологически - укорененные сообщества	Дает иной взгляд на практику социальной работы
Эпистемологические	Каковы процессы участвуют в достижении понимания реальности?	Неформальные системы знаний, основанные на доверии и уважении, опирающиеся на общинные, традиционные, основанные на опыте знания.	Работа "через" по сравнению с работой "для" или "с"
Аксиологические	В каком направлении и с какой целью осуществляется процесс приобретения знаний?	К эгалитаризму в рамках справедливости	Помогает осознать ценность социальной работы по сохранению таких реальностей
Риторический вопрос	Каков тот язык, который позволит четко сформулировать реальность?	Литературный неформальный стиль, основанный на устных, личных, целостных, эмпирических и повествовательных материалах	Использует стиль повествования, - эмпирический, - иногда от первого лица, - использование языка, который рассматривает людей как часть экологической системы.
Методологические	Каковы предпосылки процесса и стратегии взаимодействия в рамках реальности и вне ее?	Сосредоточение на сиюминутном, сосредоточение на структурном, универсализировать частное и конкретизировать	Методы включают в себя - политическую практику, - социальные исследования - коллективные действия, - практику социального обеспечения

Философия профессионализма в контексте проблем деколонизации сознания и практики социальной работы не ограничивалась только концептами племенной социальной работы, можно наблюдать, что в данный период расширяется парадигма национальных теоретических подходов.

Проблемы поля современной социальной работы осмысляются на уровне таких подходов как изучение «бедственного положения далитов в практике социальной работы», теории «концептуализации социального действия», развитие подходов к «племенной практике социальной работы», «теории практики, ориентированных на женщин», и ряда других.

В основе данных подходов лежит теоретическая основа, в основе которой «контекстоцентричная методология», многоуровневый подход к осмыслению практики социальной работы:

- уровень контекста,
- социокультурный уровень,
- социально-политический уровень.

Каждый контекст позволяет сформулировать свой уровень вопросов, позволяющий осмыслить практику социальной работы.

Понимание контекста позволяет через постановку вопросов «где» и «что» позволяет осмыслить структурную, историческую экономическую, политическую ситуацию, в которой развивается практика социальной работы.

Понимание «социокультурного» и «социального-политического» уровня практики позволяет реализовывать стратегии вмешательства, исходя из национальных условий, ценностных ориентаций, сложившихся традиций и верований. С этих позиций философия практики социальной работы рассматривается не только как динамическая реальность, но и как технология, которая учитывает структуры, процессы, народы, культуры, традиции конкретного социума.

Философия профессионализма социальной работы в Индии была взаимосвязана с развитием концептов «государства всеобщего благоденствия», однако постепенно наметился отход от данных концептов, что повлекло изменение в практике и философии социальной работы. Для современной философии профессиональной социальной работы характерно поиски трансдисциплинарных подходов, где мировые технологии помощи и национальные практики поддержки создают предпосылки для развития национальной политики защиты человека в трудных жизненных условиях.

### 3.3. Институционализация клинической социальной работы в Китае.

Институционализация профессионализма в КНР имеет древнейшие традиции, истоки которой уходят в глубь тысячелетней истории. Философия помощи уходит в недра китайской культуры, в основе которой лежали идеи конфуцианства. Тысячелетиями в обществе помощь и поддержка формировалась на идеологемах взаимопомощи, сыновьей почтительности, долга младших перед старшими, верности семьи. Философская концепция Конфуция «жэнь», гуманность, буддистские ценностные ориентации сформируют на многие столетия в общественном сознании ценностные представления о помощи ближнему.

На конфуцианских и буддистских философских основаниях, американских идеологемах помощи будет формироваться практика и теория социальной работы в начале XX века. Политические события в Китае будут менять вектор философии помощи в середине века идеи коммунизма, марксизма, маоизма существенно изменят концептуальные основания парадигмы социальной работы.

Профессиональная социальная работа получит свое новое развитие в конце XX века в основе философии практики будут лежать неолиберальные ценности и принципы рыночной экономики. В начале нового века, как и многие страны глобального Юга, КНР начинает отходить от западных идеологем в том числе в политике социального обеспечения, что нашло отражение в философии социальной работы.

В начале нового тысячелетия, войдя в лидеры мировых государств, став второй экономикой мира, в КНР активизировались процессы деколонизации сознания. В этот период можно наблюдать как происходят процессы переоценки западных ценностей, теоретических концептов общественного развития, что не могло не влиять на изменение философии социальной работы, осмысления ее мировоззренческих и технологических оснований с позиций коренизации и деколонизации, в логике глокальных подходов, одновременного осмысления процессов на глобальном и локальном уровне, уровне мировых процессов и региональных особенностей.

Развитие философии профессиональной помощи в Китае в XX веке условно можно обозначить на четыре периода:

- становление социальной работы в 1920-1950 годах,
- помощь и поддержка в 1950-1980 годы,
- социальная работа в западных дискурсах развития в 1980-1990 годы,

- развитие национальной социальной работы в контексте национальных и мировых традиций 1990-2020 годы.

### **3.3.1. Становление клинической социальной работы в 1920-1950-х годах**

Профессиональная социальная работа в Китае начинает оформляться с 20-х годов XX столетия. Как и во многих странах мира, в том числе странах глобального Юга, появление данной профессии способствовали общемировые процессы такие как развитие капитализма, урбанизация, массовое обнищание населения.

Тем не менее философия китайской помощи и поддержки населения в трудной жизни будут иметь свои национальные и культурные отличия.

В глубокой древности, согласно исследованиям ученых, практика помощь формировалась как помощь при «чрезвычайных ситуациях». Со времен династии Чжоу (1046 до н.э. - 256 до н.э.) в Китае распространяется помощь при стихийных бедствиях, создавались зернохранилища в деревнях, как меры противодействия массовому голоду. Со временем открывались бесплатные столовые, помощь оказывалась беженцам, которые мигрировали из-за непрекращающихся династических войн.

Традиционно в китайских деревнях родовые организации оказывали поддержку ближним и дальним родственникам, а в городах помощь оказывали торговые ассоциации и религиозные организации.

Как считают специалисты, профессиональная помощь появляется достаточно поздно, по сравнению с другими странами, по следующим основным причинам:

- во-первых, являясь аграрным обществом, Китай находился в прямой зависимости от стихийных природных катаклизмов, приводивших к массовым бедствиям, голоду, эпидемиям, что определяло действие различных правителей на оказание только чрезвычайной помощи,
- во-вторых, китайское общество было построено на клановой системе организации, что определяло систему ухода за немощными и нуждающимся в помощи, поддержка человека на протяжении всего его жизненного цикла от рождения до смерти традиционно возлагалась на родственников и членов клана,
- в-третьих, бюрократическая коррупция, войны, стремление к личному обогащению правящих элит, не способствовали становлению национальной системы социального обеспечения.

Все эти тенденции на многие столетия определили философию национальной модели помощи.

Профессиональные подходы к помощи нуждающимся группам населения начинают оформляться в начале XX века через деятельность христианских миссионерских организаций, подобные тенденции наблюдались в индийской модели профессиональной помощи.

В 1921 году в больнице медицинского колледжа Пекинского союза было создано отделение социального обслуживания, ее возглавила американская социальная работница Ида Прюитт.

Родившись в Китае, в протестантской семье, она затем переезжает в США обучается социальной работе в Бостоне и Филадельфии. В 1910 году получает степень бакалавра педагогики в колледже Колумбийского университета в Нью-Йорке. В 1920-м году Фонд Рокфеллера посылает ее в Китай в качестве главы департамента социальных служб в Медицинском колледже Пекинского союза, которым она руководит до 1938 года. Департамент был не только центром профессиональной подготовки социальных работников, но и предоставлял психиатрическую помощь населению, осуществлял услуги по уходу за детьми в приемных семьях.

В 1922 году в Китае отрывается факультет социологии и социальной работы в университете Йенчина в Пекине профессорами Принстонского университета Дж. С. Берджессом, С.Д. Гэмблом, Л. Суидой, и Д.У. Эдвардсом. Учебная программа по социологии, построенная в логике обучения в «американских колледжах», включала как теоретическую, так и прикладную подготовку сотрудников организаций социального обслуживания церковью США, таких как YMCA, школы для глухих и больницы.

Философия профессионального обучения охватывала широкий спектр проблем китайского общества, что находило отражение в таких сферах подготовки как:

- работа в общественных службах,
- работа в службах администрации,
- коррекционная работа в тюрьмах,
- социальная работа с группами городского населения,
- социальная работа с группами сельского населения,
- социальная работа с «жертвами голода, наводнений», работа в больницах и т.д.

Процесс обучения на факультет реализовывался на уровне бакалаврских программ (4 года обучения) и магистерских программ (2 года обучения).

Философия обучения на факультете включала не только изучение теории, но и проектную деятельность в которую были включены как студенты, так и преподаватели. Факультет организовывал среди населения досуговую работу, создавал залоговые



кооперативы, общества взаимопомощи, ремесленные и заводские кооперативы, разрабатывались программы для сельского населения.

В этот период процесс подготовки социальных работников «подхватывают» и другие университеты такие как университеты в Нанкине, Шанхае, Шаньдуне и Гуанчжоу. К 1949 году более двадцати университетов Китая имели факультеты социологии, социального обеспечения и администрирования, на которых обучалось в общей сложности 975 студентов.

Однако, по мнению экспертов, колониальный статус Китая, нахождение страны в состоянии постоянных войн, политической нестабильности, повлияли на становление и развитие социальной работы в данный период.

### **3.3.2. Философия помощи в КНР в 1950-1980-е годы**

После создания Китайской Народной Республики (КНР) в 1949 году ориентированная на Запад практика социальной работы при предыдущем капиталистическом режиме рассматривалась как “железный кулак в бархатной перчатке”, который угнетал рабочий класс. Названная “буржуазной или псевдонаукой”, социальная работа вместе с другими дисциплинами социальных наук, такими как психология и социология, были отменены в университетском образовании в 1953 году.

Правящие элиты придерживались той точки зрения, что при социализме не может быть социальных проблем, а поэтому не только образование в области социальной работы не представляло необходимости, но и сама практика помощи населению не являлась актуальной.

Философия помощи в Китае в данный период была достаточно противоречива и как считают сами китайские исследователи, еще требует своего объективного осмысления. Вместе с тем социалистический подход к решению социальных проблем имел как свои позитивные, та и негативные стороны.

Как считают исследователи, в данный период были решены многие социальные проблемы, которые столетиями представляли угрозу национальной безопасности, среди них массовое употребление опиума, ликвидация банд хунхузи, терроризировавшие провинции Китая, бродяжничество, массовая городская проституция.

Создание социалистической системы экономики потребовало пересмотра и системы социального обеспечения населения. Все трудовое население страны были организованы в данвэй, рабочие подразделения, которые обеспечивали трудящимся пожизненную занятость и «широкое социально-экономическое благосостояние».

Данвей функционировали как самостоятельные самодостаточные «мини-государства всеобщего благосостояния» в основе которых лежали три основных базиса:

- срок службы («железная рисовая миска»),
- равная заработанная плате («большая рисовая миска»),
- социальный пакет.

До периода реформ 1978 года 80% трудящихся фабрик и заводов были охвачены системой данвей. Для тех городских жителей, которые не входили в систему данвей, были предусмотрены программы социальной помощи, удовлетворяющие их базовые потребности.

Система данвей была распространена и в сельских коммунах, через них распределялись предметы первой необходимости. В сельских коммунах была внедрена система «пяти гарантий». В ее основе лежали принципы взаимопомощи среди населения, когда помощь оказывалась нетрудоспособным гражданам: инвалидам, престарелым людям, несовершеннолетним в трудных жизненных и социально опасных ситуациях.

В коммунах из жителей организовывался Совет коллективной взаимопомощи, разрешалось создавать материальный фонд, который осуществлял поддержку нетрудоспособных граждан по решению Совета, по следующим направлениям:

- оплата питания,
- оплата жилья,
- оплата одежды,
- оплата медицинских услуг,
- оплата ритуальных услуг.

Философия помощи в данный период была эклектичной ее идеологемы включали марксистские концепты, маоистские идеологемы и принципы китайских древних традиций экстренной помощи. Эти подходы определяли вертикальные и горизонтальные модели управления и распределения помощи населению.

Философия помощи в данный период реализовывалась по следующим четырем основным направлениям:

- помощь через «рабочие места»,
- помощь через государственные учреждения,
- помощь через соседские организации,
- помощь через «массовые организации».

Организация помощи *через «рабочие места»* осуществлялась на основе обеспечения трудящихся в ситуации «рождения», «смерти», «болезни», «старости», когда

предоставлялись пособия, выплачивались пенсии и представлялись определенные льготы непосредственно в данвях.

*Государство осуществляло помощь* через «прямые государственные услуги», через Министерство по гражданским делам, в ведение которого оказывалась помощь населению в ситуации стихийных бедствий, развитие социальных служб на предприятиях. Особое направление помощи было связано с адресной поддержкой определенных социальных групп, среди них: уход за вдовами, пожилыми, психическими больными, инвалидами.

*Помощь через соседские организации* осуществлялась через районные отделения и районные комитеты в городах и селениях. Эта помощь строилась не только по территориальному принципу. Помощь оказывалась на основе институционального подхода через учреждения медицинских клиник, домов престарелых, и даже фабрик социального обеспечения, на которых работали только инвалиды.

Помощь через соседские организации включала «различные программы» с идеологической направленностью среди них: образование молодежи, культурные и развлекательные мероприятия.

*Массовые организации*, такие как Коммунистическая лига молодежи, Всекитайская федерация женщин, профсоюзы и другие организовывали социальные услуги во всех секторах экономики и социальных группах: в городах, селениях, на рабочих местах, по соседству – основная функция этих организаций – выполнение коммуникационной роли между правительством и народом. Поскольку социальная работа прекратила свое существование к 50-му году, появился аналог этой деятельности на основе «общеполитической, директивной, морально-этической практики», которая реализовывалась не на профессиональной, а общественных основаниях. По сути эта была модель общественной работы среди населения, которая широко была представлена в Советском Союзе.

Таким образом, философия помощи в данный период реализовывалась через социальные механизмы семьи, местных общин, рабочих подразделений, государственных организаций как форма идеологического и социального контроля, на основе подходов коллективной политической солидарности.

Переход к реформам социалистической рыночной экономики в 1978 году постепенно приводило к осознанию, что необходима государственная система социальной защиты, которая должна сменить сложившуюся систему данвей с ее принципами пожизненных гарантий трудовой занятости и корпоративного самообеспечения.

### **3.3.3. Особенности профессиональной социальной работа в 1980-1990 гг.**

С начала 80-х годов в КНР определяется новый экономический курс, направленный на социалистическую рыночную экономику, что приводило к изменению сложившейся системы социального обеспечения и необходимости введения профессии социальной работы.

Необходимость введения в рыночных условиях *новой системы социального обеспечения* было связано с разрушением сложившихся моделей и принципов социальных гарантий, как в сельской местности, так и в городах.

Демонтаж социальных гарантий в сельской местности был связан с разрушением традиционных коллективных структур взаимопомощи, построенных на организационных принципах Советов и фондов. В условиях, когда разрушалась сложившаяся сельская модель здравоохранения, на основе кооперативных начал, и введение частной, рыночной, практики, все это приводило к тому, что сельское население оказалось, как без базовой системы социальной поддержки, так и базовой медицинской помощи.

С периода экономических реформ разрушалась сложившаяся система данвеев на фабриках и заводах. Пожизненная занятость заменялась системой индивидуальных контрактов, предприятия освобождались от обязанностей по трудоустройству и социального обеспечения, что приводило к росту бедности среди трудового населения. К тому же массовые увольнения трудящихся, которые были характерны для начального этапа формирования капитала, не выполнение работодателями гарантий по заработной плате приводили к массовой бедности среди городского трудового населения.

Ситуацию усугубляла внутренняя миграция населения из сельской местности в города, где существовал хоть какой-то прожиточный минимум. Однако платная медицина, образование, цены на жилье, рост цен приводили только к росту маргинализации среди населения.

По мнению исследователей, идеализация «невидимой руки рынка», когда «стихия производства и перепроизводства» позволяла достигать «необходимого изобилия», ослабление контроля над социальным обеспечением коммунистической партией, правящими элитами страны, попытка внедрить систему социального обеспечения через механизмы частного, некоммерческого, неправительственного и государственного секторов привело к широкомасштабным социальным волнениям в середине 80-х – начале 90-х годов.

Эти и другие тенденции поставили перед необходимостью правящие элиты вновь вернуться к практике профессиональной помощи, введению профессии социальной работы.

Не только макроусловия определяли необходимость введения социальной работы в различные сектора китайского общества, но и мезо, и микроусловия влияли на необходимость восстановления профессии.

Среди таких условий, исследователями, определяются следующие:

- потребность в развитии гуманитарных наук,
- массовое проявление социально-патологических проблем, которые были решены в период культурной революции,
- сохранение в общественной практике форм взаимоподдержки среди населения и форм общественного контроля на идеологической основе,
- сохранение научных и практических традиций социальной работы на отдельных территориях КНР.

Потребность в развитии гуманитарных наук была связана с тем, концепции исторического материализма не могли объяснить новые тенденции в обществе в контексте проблем модернизации и индустриализации, что приводило к необходимости введения различных социальных наук, в том числе социологию и социальную работу, как академическую дисциплину.

В период реформ произошло «возрождение» тех социальных проблем, которые были уже не свойственны для китайского общества среди них массовая проституция, наркотизация населения, рэкет.

На социологическое знание в это период возлагались большие надежды на объяснение данных явлений, но их объяснение требовало механизмов изменения ситуации. Социальная работа, которая находилась в это период как «субдисциплина» социологии, ее вспомогательной областью, не позволяла адекватно реагировать и осмыслять возникающие общественные вызовы. Такая ситуация приводило к тому, что в научном сообществе все чаще ставились вопросы о самостоятельном пути академической социальной работы, генезиса ее научных теорий, которые не могли быть представлены только социологическим познанием. Однако, такой подход возобладает в социальном познании, по мнению китайских специалистов, только в 2013 году.

Несмотря на то, что социальная работа как академическая дисциплина исчезает из научного познания в 50-х годах, тем не менее общественная практика помощи разрешала социальные проблемы через «идеологические технологии помощи», осуществляя реабилитацию и интеграцию в общество бродяг и проституток, жертв стихийных бедствий, оказывая помощь больным, престарелым, инвалидам, детям, регулируя проблемы молодежной преступности.

В этой связи можно говорить, что китайские власти занимались проблемами по консолидации общества. В этой связи, когда встал вопрос о введении профессиональной социальной работы внимание было со стороны прежде всего правительства КНР, примечательно то, что министр по Гражданским делам, одновременно занимал пост председателя Китайской ассоциации социальных работников;

Не последнюю роль в восстановлении как академической, так и практической социальной работы в материковой части Китая сыграли профессиональные школы Гонконга, где преподаватели китайских университетов повышали и проходили переквалификацию в области социальной работы. Обострение противоречий в западных странах, позволяло извлекать из зарубежных исследований подходы «к капиталистической модернизации» в Китае.

Окончательное восстановление социальной работы как профессии и академической дисциплины в КНР происходит в 1986 году, когда в университете Сунь Ятсена принимается план по образованию в области социальной работы, что послужило импульсом для открытия аналогичных программ в других китайских университетах. Пекинский университет был первым высшим учебным заведением, который запустил программу социальной работы на уровне бакалавриата, а в 1988 году уровне аспирантуры.

Дальнейшая легиматизация профессии и познания в области социальной работы в этот период было связано с организацией ассоциации, Китайская ассоциация социального обеспечения в 1990 году.

### **3.3.4. Коренизация социальная работа в КНР с 1990- по настоящее время**

Философия социальной работы в КНР на новом этапе формируется с новыми тенденциями в образовании и организации социальной работы.

С одной стороны, наблюдается рост профессиональных объединений в области социальной работы таких как формализации образования в области социальной работы в 1990 году, образовании в 1991 году Китайской ассоциацией социальных работников, а в 1994 году — Китайская ассоциация образования в области социальной работы. Эти шаги дали дальнейший импульс по развитию программ социальной работы, и если в 1998 году их было всего 37, то к 2010 году до 260. В 2019 году в КНР было зарегистрировано 82 программ повышения квалификации, 348 программ бакалавров, 150 программ магистров (MSW) и 17 докторских программ (PhD).

С другой наблюдается легитимация профессии в системе других специальностей, что связано с разработкой уровней квалификации. В 2001 году социальная работа была официально признана Министерством труда “профессией”, а в 2004 году Министерство по

гражданским делам вводит систему рангов для социальных работников с 1 по 4 класс, в зависимости от квалификации профессионала, что способствовало престижу специальности в профессиональном сообществе. Действующее Министерство включило социальную работу в один из шести ключевых ресурсов, подлежащих продвижению, планируется к 2025 году увеличить число социальных работников до трех миллионов человек.

Философия профессиональной деятельности в данный период развивается в контексте дискурсов *политизации, профессионализации, и тенденций коренизации*, направления осмысления теории и практики социальной работы в дискурсах национальных особенностей, что характерно для стран глобального Юга.

*Политизация* социальной работы связана с тем, что социальные услуги являются прерогативой государства, поэтому идеологический контроль во всех аспектах и проявлениях как теории, так и практики наблюдается в социальной работе. В традиционной модели помощи идеологема конфуцианства о сыновней почтительности, верности своей семье, необходимости следованию гармонии и согласию, при конфликтных ситуациях, являются основой современной теории и практики социальной работы, также как идеи коммунизма, марксизма и маоизма.

Западные модели, включенные в образовательный и помогающий процесс в период либеральных реформ, подвергаются критическому осмыслению, насколько они могут быть адаптированы к реалиям и вызовам китайского общества.

Сочетание традиционных подходов и западных подходов в предметно-понятийном пространстве в образовании, теории и практики социальной работы вызвали к жизни проблемы коренизации, «избирательного присвоения и настройки дискурса социальной работы». Такой подход позволил, согласно национальным исследованиям, выйти китайским социальным работникам на разработку своих собственных моделей теории и практики, позволяющих реагировать на потребности и запросы китайского общества.

В целом, политический контроль со стороны государства осуществляется как на уровне практики, образования, так и идеологии на основе «тесного партнерства с правительством», рассматривая развитие социальной работы только в тесном взаимодействии «с государственной системой и ее ресурсами». В этой связи программы социальной работы в системе образования управляются правительственными министерствами и административными органами, а «коммунистическая политическая идеология является обязательным компонентом учебной программы социальной работы».

Философия профессионализации определяется установками центрального правительства Китая, определившего основные сферы практики социальной работы, среди них «социальные услуги в области социального обеспечения, социальной помощи, общинного строительства, брака и семьи, образования и консультирования, помощи в трудоустройстве, поддержки сотрудников и споров реагирования на чрезвычайные ситуации».

Исходя из областей практики, задач строительства нового общества была сформулирована миссия социального работника, в которой профессионал осмысляется как человека, который «следует ценностям социальной работы и занимается профессиональными социальными услугами, используя профессиональные методы социальной работы. Он обладает альтруистическими ценностями, имеет определенную научную подготовку, владеет научными и эффективными методами работы, чтобы эффективно осуществлять деятельность по оказанию помощи и обслуживанию».

В этой связи китайские социальные работники должны соответствовать трем основным требованиям:

- следовать этике и ценностям социальной работы, иметь «стабильную концепции социальной работы»,
- должны владеть основными теориями и практическими навыками социальной работы, умениями объективного анализа социальных явлений,
- обладать «богатым запасом общих знаний и быть полным творческих способностей и способностей к решению проблем».

### *Философия коренизации*

Философия коренизации связана с процессами деколонизации сознания, вызванного в том числе и разрушением глобального и оформлением многополярного мира. В этом контексте коренизация социальной работы в Китае рассматривается как путь развития и построения национальной системы помощи. В этой связи коренизация рассматривается как процесс, который должен учитывать «традиционную китайскую культуру, влияние рыночной экономики на средства к существованию людей, а также влияние коллективизма и благосостояния на менталитет народа».

Коренизация рассматривается как процесс освобождения от западной зависимости от методического, теоретического и практического обеспечения социальной работы. В этой связи предлагается система стратегических мер, среди которых:

- создание научных инкубаторов по «выращиванию собственных талантов», способных породить новое знание,



- использовать опыт Гонконга и Тайваня, сочетающий модели западной социальной работы с традиционной китайской культурой,
- подходить к внедрению западного опыта на основе принципов локализации, принимать и внедрять иностранные теории и методы практики, подходящие для развития Китая,
- анализировать и систематизировать многолетнюю практику социальной работы, «доводя ее до теоретического уровня»,
- создавать пилотные проекты социальной работы на этапе вузовской подготовки специалистов, чтобы «связать классную комнату с обществом».

Немалую роль в процессах коренизации уделяется системе ценностей, на которой должна осуществляться новая система подготовки специалистов. В этой связи происходит анализ ценностных ориентаций различных цивилизаций, западной и китайской. Определяя китайскую цивилизацию как коллективистскую, идеологи социальной работы ищут не только системы противопоставления, но и точки соприкосновения, при этом не отказываясь от своих прежних принципов, не принимая «западные ценности», но при этом оказываясь «бездумно придерживаться традиционных ценностей».

В этой связи этические принципы разрабатываются как с учетом новых вызовов многополярного мира, так и традиций китайской этики, основанной на философии добродетелей.

### **Общие выводы**

Институционализация социальной работы в основных странах Глобального Юга имеет принципиальное отличие от зарождения ее как в России, так и странах Глобального Севера.

Анализ показывает, что в странах Глобального Юга социальная работа, особенно если брать Индию и Китай, социальная работа была «внедрена» различными неправительственными и религиозными организациями в рамках либо «Движения поселений», либо христианских миссий. Примечательно тот факт, что все миссии были реализованы на средства либо американских, либо европейских фондов финансовых олигархических структур.

Процесс институционализации социальной работы реализовывался через систему организации школ социальной работы, в основе которых лежали как правило либо американские, либо европейские программы обучения. Программы не учитывали специфику национальных традиций, верований, культуры, за счет программ обучения происходила либо «американизация», либо «европеизация» социальных работников данных стран.

Необходимо отметить, что распространение программ обучения с начала XX века осуществлялось как в отдельных школах социальной работы, которые были самостоятельными субъектами образования, так и в университетах, где создавались специальные факультеты социологи и социальной работы, что характерно было для Китая и Индии.

Однако, процессы деколонизации, которые охватывают как страны Азиатско-Тихоокеанского региона, как Латинской Америки с середины XX века приводили к тому, что обострялось национальное самосознание и процессы освобождения наблюдались не только в области политики и экономики, но и в сфере образования.

Так в Индии актуализировались в социальной работе идеи М. Ганди, в Китае наблюдался сложный процесс освобождения идеологием на основе дискурсов маоизма и марксизма, в Бразилии идей кубинской революции, Л. Альтюссера, Ж. Сартра, а позднее П. Фрейера.

Сегодня наблюдается дальнейший процесс деколонизация сознания на основе национальных традиций, который обозначен в мировой практике как процесс коренизации. Процесс коренизации – это сложный процесс стран Глобального Юга по поиску национальной идентичности социальной работы, которая формируется на основе национальных идеологием и мировых концептов социальной работы. Так в Индии формируются подходы не только на основе наследия М. Ганди, но сочетании идей буддизма и дзен-буддизма, брахманизма, христианства, ислама в сочетании с техниками европейской терапии. Близки к этому подходу китайские социальные работники, которые осуществляют поиск комплексных интегративных подходов на основе изменения поведения и сознания. В этой связи актуализируются конфуцианские подходы, подходы работы с телом тайцзи, рациональные европейские интегративные техники.

### **Вопросы и задания**

1. Покажите особенности институционализации социальной работы в Бразилии. В чем особенность этого процесса, а в чем он характерен для стран Глобального Юга?
2. Какие тенденции характерны для ранних этапов институционализации бразильской социальной работы?
3. Какова роль стран Латинской Америки в становлении бразильской модели социальной работы?

4. Какие тенденции появляются в бразильской социальной работы в период военного режима в стране?
5. Как идеи освободительного движения изменили подходы к теории практики социальной работы в Бразилии?
6. Раскройте особенности институционализации социальной работы в Индии.
7. Покажите, что нового вносит в дискурсы помощи в Индии национальное освободительное движение.
8. Раскройте особенности первых программ социальной работы в Индии.
9. В чем суть философских подходов к теории и практике социальной работы М. Ганди?
10. Покажите особенности становления социальной работы в Индии в пост-колониальный период.
11. Раскройте особенности подходов к институционализации социальной работе в КНР в начале XX века.
12. Какие тенденции характерны для китайской социальной работы в правых школа подготовки при университетах?
13. В чем особенность помощи человеку в Китае в период культурной революции?
14. Особенность возрождения социальной работы в Китае в 80-90-е годы XX столетия.
15. Какие особенности в процессе коренизации характерны для КНР в новом столетии.

### **Задание**

#### **Напишите реферат по одной из выбранных тем.**

1. Сравнительная характеристика социальной работы в Индии и Китае в постколониальный период.
2. Философия социальной работы в Бразилии в 60-е годы.
3. П. Фрейере и влияние его педагогики освобождения на мировую социальную работу.
4. Философские идеи дзен буддизма в творчестве К. Роджерса.
5. Идеи дзен-буддизма в работах Э. Фромма.
6. Концепции морито-терапии в подходах К. Хорни.
7. Интегративные подходы М. Чан в подходах к помощи человеку.
8. Современная китайская е-благотворительность.
9. Особенность социальной работы с различными группами населения в Индии.
10. Конфуцианская философия в теории и практике социальной работы современного Китая.

## ГЛАВА 4. Жизненный цикл человека в контексте процессов развития и инволюции

### 4.1. Теоретические подходы к жизненному циклу человека

Система осмысления проблемных ситуаций клиента социальной работы осмысляется в контекстах жизненного цикла. В социальном познании сформированы определенные подходы, которые систематизированы вокруг основного концепта «жизненный цикл» или «жизненный путь» человека. Этот концепт позволяет осмыслить развитие человека в течении его жизнедеятельности от «рождения до могилы» как писал И. Песталоцци. Представление о жизненном цикле позволяет анализировать ситуацию клиента на основе научных подходов о цикличности жизнедеятельности человека, осмыслять его индивидуальную историю в контексте проблем реального случая. В логике научных подходов «личность – в - окружающей среде» моделировать необходимые техники интервенций.

#### 4.1.1. Донаучные подходы к жизненному циклу человека

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

Румынский, американский философ *Мирча Элиаде* цикличность времени осмысляет как некую форму, которая определяет коллективную и индивидуальную жизнь человека. Человек находился изначально в цикличном «пространственно-временном» измерении такова была природа, со сменой годовых циклов, такова была деятельность, со сменой форм земледельческих работ, такова была личная жизнь, со сменой возрастных и семейных циклов. И 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. Гуро*, в период политеизма многочисленные боги помогали осуществлению, как индивидуального жизненного сценария человека, так и интеграцию его в общество в рамках нормативах традиций, т.е., жизненный цикл человека от рождения до смерти, осмыслялся в нескольких измерениях.

С одной стороны, на каждом важном этапе жизни его поддерживали многочисленные Боги, которые «помогали» человеку «решать» в соответствии с его возрастом определенные задачи цикла развития. Они сохраняли ему жизнь, позволяли интегрироваться в семью, начиная от этапа, когда ребенок «признавался отцом», и заканчивая, как, 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». При чем, семейная жизнь имеет драматические события, которые могут осложнять, либо нарушать цикл развития человека, что может разрушить «круговорот» временных исторических событий, и в конечном итоге 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), помогали 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 начинает формироваться общие механизмы научной рефлексии жизненного цикла человека в контексте семьи и общества. В таблице 10 показана система изменений и «патронажа» богами жизненного сценария человека от рождения до смерти.

Таблица 4.1.

### Основные этапы человека в Древнем Риме по П. Гиро

Период жизни	Боги, выполняющие функции
Рождение	Partula — присутствует при первых родовых болях; Lucina — заведывает 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 Seneta, Mana и феи (Fata) определяли ребенку счастливую судьбу
Период отнятия от груди	Educa и Potina -учили есть и пить Cuba -следует за ребенком, когда он переходит из колыбели на кровать Ossipaga -укрепляла его кости Carna — укрепляла мускулы Abeopa и Adeona -обучали идти вперед и возвращаться назад; Iterduca и Domiduca — обучали ходить вне дома
Развитие души (раннее детство)	Farinus — помогала испускать первые звуки; Fabulinus — учила словам; Iocutius — учила целым предложениям

<b>Развитие разума, воли, чувств (подростковый период)</b>	Mens, Mens bona, богиня ума и здравого смысла Volumnus, Volumna или Voleta, божества, способствующие принятию решений; Volupia — богини наслаждения; Venilia — богиня надежд
<b>Юность (юноши)</b>	Numeria — учила считать; Camena — учила петь; Minerva — укрепляла память; Jwentas — юность и Fortuna barbata — бородатая фортуна — оживляла тело юноши, вступающего в зрелый возраст.
<b>Юность (девушки)</b>	Juno Jaga или Pronuba — в качестве богини, заведующей, предбрачным событиям Afferenda — заведывает приданым; Domiducus - приводит новобрачную к супружескому дому Domitius помогает решиться войти в этот дом Manturna — заставляет остаться там жить
<b>Семья</b>	Tutanus и Tutilina, — помогавшие во время нужды; Viriplaca, помогала в дни супружеских размолвок; Orbona, обращались за помощью бездетные родители
<b>Смерть</b>	Caecutus — лишавший света его глаза; Viduus — отделявший душу от тела; Mors — которая заканчивала дело смерти; Libitina — участвовавшая в погребальном шествии; Nenia — в оплакивании покойника

Осмысление жизненного цикла человека реализовывался не только в западной, но и восточной цивилизации, как в контексте общественных систем, так и в контексте индивидуального духовного развития.

В традициях философии йоги, около второго века до нашей эры, определен жизненный цикл человека. Как считают, исследователи он базируется на концептах, восходящих ко времени ведийских текстов, которые индийский ученый **С. Радхакришнан** относит к 15 веку до нашей эры.

Жизненный цикл, начинается традиционно, как и в европейской цивилизации, от рождения до смерти, но начало процесса развития, «первичной социализации» начинается в семье учителя. Американские психологи **Фрейджер Р., Фэйдимен Д.** так представляют жизненный цикл личности в традициях философии йоги, при этом данный путь характерен для мудреца, представители иных каст будут иметь свой путь личностного развития. Жизненный цикл мудреца делиться на четыре части, каждый из которого имеет цикл в 25 лет.

Жизненный цикл охватывает сто лет, делиться на следующие части: ученичество, глава семьи, житель леса, отказ. Каждому жизненному циклу определены свои задачи, определены функциональное предназначение, жизненный цикл определяет нормативное

поведение и субъектные роли мудреца по отношению к социальному окружению, семье.

**Первая стадия жизни** – ученичество. Человек живет в семье учителя, он получает традиционное образование, направленное на формирование характера и духовную дисциплину. Главное научиться вести здоровую продуктивную жизнь, и не быть заложником своего настроения, привычек и влечений.

**Вторая стадия жизни.** Ученик уходит из дома учителя, женится и становится главой семьи. Обязанности – продолжение семейного дела, выращивание потомства. Профессиональная самореализация, служение обществу, семейные обязанности – главные цели данного периода. Семья позволяет «обуздать» сексуальные желания, «стремления к славе и богатству», открывает мир «скромных радостей».

**Третья стадия жизни** – обитатель леса. Достигнув возраста 50-ти лет, происходит отдаления от семьи и профессиональной деятельности. Выросшие дети самостоятельно ведут хозяйство и семейное дело. Семейная пара удаляется в уединённый дом в лесу либо живут в семейном доме, но сложив все семейные обязанности. Они общаются с молодой семьей, но мощь оказывают лишь советами.

**Четвертая стадия жизни** - отказ. Переход связан с ритуалом, напоминающий похороны, человек официально мертв. Свободный от социальных и личных обязательств, он занимается самореализацией своего «Я».

Как и в первой классификации, «идеальный жизненный цикл» может быть осложнен определенными обстоятельствами. И если в западноевропейской традиции такими осложнениями могут быть биопсихосоциальные факторы (невозможность зачать ребенка, семейные конфликты, бедность и нищенство), то в восточной традиции психологические факторы являются доминантами, изменяющие жизненный цикл человека.

Препятствиями в реализации жизненного цикла, а он осмысливается как духовное развитие личности, может быть из-за таких факторов как *незнание, эгоизм, желание, отвращение и страх*.

Каждое препятствие имеет свою феноменологию, так *эгоизм* – плод идентификации «Я» с телом и мыслями, в первом случае – появляется страх и желания, во втором – беспокойство и эмоциональная неуравновешенность.

Феноменология страха имеет свои особенности, осложняющие жизненный цикл человека, особенно перед ситуацией смерти. Как писал йога – сутрам *Пурохит* «Страх смерти присутствует в душе, а желание и отвращение — это результат прошлого опыта; страх смерти происходит от умирания в прошлой жизни». Страх возникает, когда мы идентифицируем себя со смертным телом, вместо того чтобы идентифицировать себя с бессмертным «я».



Таким образом, проблема жизненного цикла осмысливается в мировой цивилизации в контексте «личность-окружающая среда» как целостной системы. При этом и концепты социализации, и концепты 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 веке.

*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.

Научный подход к жизненному пути человека был положен представителями чикагской школы социологии *У. Томасом и Ф. Занецким*, опубликовавшими работу «Польский крестьянин в Европе и Америке». На фактическом материале исследователи изучили трансформацию жизненного пути человека в изменяющемся историческом контексте.

В основе их подходов был найден методология и принцип описания жизненного сценария человека, в основе которого концепт взаимосвязанных жизней. Этот концепт становится основным при осмыслении в основе важнейших процессов в жизненном сценарии человека таких как реализации последовательности принятия жизненных ролей, синхронизации отношений на различных периодах жизнедеятельности человека.

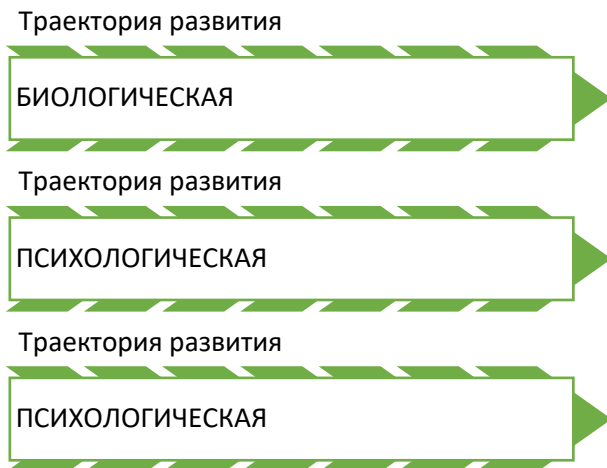
Эти подходы дали импульс для развития подходов *У. Бронфенбреннера* в концепции экологии человеческого развития, *М. Грановеттера* в моделях социальных сетей, «модели конвоя» *Р. Кана и Т. Антонуччи*, где в процессе жизнедеятельности человека его поддерживают окружающие люди и социальные системы.

Дальнейшее отражение данных подходов оформляется в концепции жизненного пути американского социолога *Глена Элбера*, и других исследователей. *Г. Элбер* обозначил свой подход как теорию жизненного курса, в которой ключевыми принципами являлись принципы времени и места, времени жизни, принципы взаимозависимой жизни, а также человеческой деятельности.

*Принцип исторического времени и места.* Согласно исследователю, жизненный путь человека «встроен» и формируется в конкретном историческом времени, а также месте, влияние которых люди ощущают в течении всей своей жизни. Этот пространственно-временной континуум создает неповторимый исторический паттерн поколения или когорты, которая обладает своим специфическим историческим опытом, памятью, стереотипами поведения, нормами и ценностями.



*Принцип хронометража.* Влияние на развитие последовательности жизненных переходов или событий зависит от того, когда они происходили в жизни человека. Исторические события и индивидуальный опыт соединены через семью и «связанные» судьбы ее членов. Несчастье одного члена семьи разделяется через отношения всех ее членов. Взаимообусловленность межличностных процессов и межпоколенческих



отношений определяет стратегии жизненных сценариев на основе событий отдельных ее членов.

*Принцип взаимосвязанных жизней.*

Жизни переживаются взаимозависимо, социальные и исторические влияния выражаются через сеть общих отношений. Сеть социальных контактов — это

*Рис.4.1. Основные траектории развития человека*

инволюции жизнедеятельности человека с рождения до последних мгновений жизни человека.

*Принцип человеческого агентства.* Люди строят свой собственный путь посредством выбора действий, которые определяют рамки возможностей и ограничений истории и социальных условий.

Работы американских социологов как на ранних стадиях разработки теории, так более поздних работ 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 личности, *Э. Эриксон* — динамическую природу эго-идентичности человека на разных этапах его развития, *Ж. Пиаже* — формирование когнитивных процессов человека, *Л. Колберг* — этапы морального развития и т.д.

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 биопсихосоциального развития человека, в контексте факторов, приводящих к изменению жизненного пути.

Научный интерес к данной тематике для клинической геронтологической социальной работы проявляется и в том, что клиенты предстают в своем неразрывном единстве как субъекты развития, жизнедеятельность которых определяют всевозможные контексты, но в тоже время как субъекты и объекты проблемных ситуаций, принимающих разнообразные формы.

Проблемные ситуации вызваны определёнными жизненными событиями, либо переломными моментами, либо жизненными переходами, могут формироваться на различных уровнях микро, мезо, макро постепенно, как череда исторических событий, так и синхронно в едином временном цикле на всех уровнях, влияя тем самым на индивидуальную историю жизненного пути человека.

#### *4.1.2. Концептуальные основания жизненного цикла человека в контексте клинической геронтологической социальной работы*

Жизненный сценарий человека реализуется в контексте процессов развития и инволюции затрагивая все возрастные этапы жизнедеятельности 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, среди них:

*универсальность* – старение характерно для каждого человека,  
*обусловленность процесса*- изменение в организме происходят постоянно и объективно, они не зависят от внешних причин,  
*изменения происходят в течении времени*, и они имеют накопительный эффект,  
*дегенеративные изменения* сопровождаются в течение жизни человека.

Все эти факторы позволяют определять, что в процессе биопсихосоциального развития человека, начинают складываться обратные устойчивые процессы, которые формируют основания для оформления механизмов инволюции, приводящих в процессе времени к деградации как отдельных систем человека, так и его организма в целом

Основываясь на подходы зарубежных исследователей *У. Бронфенбреннера* о человеческом развитии в окружающей среде, представленной многоуровневой системой, каждая из которых играет свою роль в социализации человека, концепции *М.*

*Грановеттера* о моделях социальных связей на микро и макроуровнях, и их взаимовлиянии, модели «конвоя» *Р. Кана и Т. Антонуччи*, поддерживающих сил и институтов человека, идей *И. Песталоцци* о траекториях развития человека «от рождения до могилы», идей *Б. Стехлера* о дегенеративных изменениях организм, можно представить следующую модель жизнедеятельности человека в контексте процессов развития и инволюции (см. рисунок 4.2.).

В данном подходе мы рассмотрим нормальное развитие человека, не осложненное инвалидизацией, биопсихосоциальной травмой рождения, где сценарий, в зависимости от нозологий будет иметь иную логику формирования и становления.

Жизнедеятельность человека на основе его биопсихосоциального развития имеет три основные этапа жизнедеятельности каждый из которых имеет свои под этапы.

В процессе жизнедеятельности человека в контексте перспектив старения можно выделить три основных этапа:

- социальной интеграции от 0 до 21 года,
- социального функционирования от 22 до 64 лет,
- этап поддержки неутраченных функций и ухода 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 также, как и биопсихосоциальное состояние человека. Эти подходы отражены на рис. 1.



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

*На первом этапе, социальной интеграции,* становление человека обусловлен такими процессами развития как:

- физиологическим,
- психологическим,
- когнитивным,
- гендерным,
- этническим,
- культурным,
- духовным.

Индивидуальные процессы психогенеза, когногенеза и социогенеза будут определяться историческими формами сетей социальных контактов, где важнейшую функцию будет выполнять 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.

*С третьей стороны,* в данный период жизнедеятельности человека достаточны высоки риски, связанные с физическим и психическим здоровьем человека, а также его социальным здоровьем. Здесь необходимо говорить о различных заболеваниях, которые определяет учебная деятельность, к ним можно отнести расстройство физиологических и сенсорных функций, ожирение.

Социальное здоровье может 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.

*Второй этап, социального функционирования*, который имеет свои под этапы, он один из самых продолжительных, разворачивается своей логике исторической, биопсихосоциальной и возрастной с 21 года до 64 лет.

Процессы развития и инволюции в данный период протекают в своей логике.

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 деформация данных процессов. 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. Так 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 течении всей активной жизни как на данной фазе, так и другой стадии возрастного функционирования.

На данном этапе появляются два компонента жизнедеятельности, о которой писал *З. Фрейд*, выводя формулу счастья человека, «любовь + работа=счастье».

Это формула находит свое выражение в новых векторах социального развития, таких как родительство и карьера. 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 начинается осуществляться «запуск нового жизненного сценария человека».

На данном этапе сети социальных контактов расширяются, и они не находятся только в пределах границ родительства, образования и карьеры. Происходит расширение границ сетей социальных контактов как по траектории развития: этнического, духовного, гендерного, культурного, так и стагнации, связанных с процессами инволюции: больницы, санатории, клиники, учреждения социальной защиты и т.д.

Процессы инволюции на данном этапе имеют свои основания и особенности.

Как показывают исследования начиная с 30-36 летнего возраста начинает активизация хронических заболеваний, происходит «приобретение» новых заболеваний, особенно среди женщин. В данной гендерной группе формируются условия для формирования сочетанной патологии, которая станет доминирующей на следующем этапе жизненного пути.

Родительство и карьера как социокультурные феномены могут выступать при определенных условиях ни только как триггеры активизирующие различные страхи и психотические состояния человека, но и как факторы различных заболеваний, например, когда мы говорим о работе на экологически вредных производствах, которые в конечном итоге влияют на жизнедеятельность человека в старших возрастных группах.

Этот этап характеризуется, в логике инволюционных процессов, приобретением различных форм инвалидизации, особенно это характерно для производственных отношений, 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 приводить к изменению жизненного сценария женщины, являться факторами разрушения института семьи.

В данный период в первой его половине до 40 лет находит выражение сексуальная девиация, как считают исследователи 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* – это этап 65-80+, который имеет свои под этапы и особенности проявления. Наметим общие тенденции, характеризующие данный этап.

На данном этапе процессы инволюции доминируют над процессами развития. Практически физиологические, психологические, когнитивные, гендерные, этнические 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.

На данном этапе происходит изменение круга обязанностей в институте родительства, человек переходит в статус прародителя, 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 в данный период проходят ряд стадий от фазы «относительной активности», к фазе «активизации мультиморбидных заболеваний», и к фазе ухода, паллиативной стадии. Данный процесс сопровождается проявлением специфических гериатрических синдромов, которые проявляются только на данной стадии на фоне приобретенных хронических заболеваний и потери физических и сенсорных функций.

Важным принципом на этом этапе является осознание обществом заботы о пожилых людях, как уязвимой группе населения, что служит способом сохранения личной независимости каждого человека в пожилом возрасте. При этом среди факторов, негативно влияющих на степень уязвимости пожилого человека, влияет эйджистское восприятие позднего возраста окружающими людьми, когда пожилые люди многими окружающими ассоциируются с упадком и недееспособностью. Все это формирует жестокое отношение к пожилым людям и насилие со стороны окружения.

Поэтому существенным в вопросах оказания помощи пожилому населению является понимание основных принципов современной геронтологии и гериатрии. Геронтология – это наука, изучающая биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его причины и способы борьбы с ним. Составными частями геронтологии являются гериатрия – учение о болезнях, связанных с инволюционными изменениями, а также особенностях лечения и профилактики заболеваний в пожилом и старческом возрасте, герогиена, которая изучает вопросы общей и специальной гигиены людей старших возрастных групп, и геронтопсихология, которая изучает психолого-поведенческие особенности людей пожилого и престарелого возраста.

При этом, особо необходимо отметить, что в основе оказания помощи пожилому человеку находится функциональный, синдромальный подходы, ориентированные на распознавание особых возраст-зависимых гериатрических синдромов.

Таких синдромов насчитывается более 65, но основными (то есть наиболее распространенными и значимыми в плане сохранения и поддержания независимости) являются такие синдромы как:

- мальнутриции (недостаточности питания), падения,
- синдром когнитивного дефицита и деменции,
- саркопения (снижение силы мышц),
- снижение слуха и зрения,



- пролежни,
- инконтиненция (недержание мочи),
- нарушения стула и прочие.

Совокупность данных синдромов приводит к развитию основного состояния, которое ограничивает активность жизнедеятельности у пациентов старших возрастных групп – синдрома старческой астении (frailty), который характеризуется снижением мышечной силы, потерей веса, значительным ограничением физической работоспособности и в целом жизненной силы.

Наличие гериатрических синдромов и синдрома старческой астении оказывает влияние на степень социализации, ресоциализации и интеграции пожилых людей в общество, поэтому для социальных координаторов необходимо понимание современных подходов к оценке признаков нарушений функциональности пожилого организма для последующей коррекции и тактики ведения лиц пожилого и старческого возраста.

#### **4.2. Этап социальной интеграции человека в контексте проблем 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 проходит 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 процессах, которые осложняют жизненный цикл человека, и может негативно отражаться на поздних этапах его жизнедеятельности.

##### *4.2.1. Процессы социализации и инкультурация развития человека на этапе социальной интеграции*

Процессы социализации и инкультурации, периода социальной интеграции жизнедеятельности человека, определяются в контексте подходов к детству и юности. Этот период не только приобретения первичного социального опыта, но и этап развития всех важнейших функций организма человека, его индивидуальных особенностей, когнитивных способностей. На данном этапе формируются нормы социального взаимодействия в различных институтах семьи, образования, сверстников, социальных институтов.

##### *Процессы социализации и инкультурации*

Процессы социализации и инкультурации на данном этапе 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 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 феноменов детства:

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

Теория стадийного развития детства рассматривает ребенка на уровне его физиологического, эмоционального, социального и культурного развития. Большое внимание здесь уделяется факторам среды, которая может как позитивно, так и негативно влиять на развитие ребенка.

В основе теории стадийного развития лежат подходы нормативного возраста, когда ребенок может в определенные моменты своей жизнедеятельности решать определенные задачи. Реализация задач имеет предсказуемый характер с ранних этапов существования человека до его старости.

Однако биопсихосоциальное развитие человека имеет строго индивидуальный характер, что вносит коррективы в представления о развитии «типичного ребенка». Так, например, исследования американского ученого Д. Бейли показали, что из 1265 детей только 5% сделали три самостоятельных шага в девять месяцев, тогда как остальные 95% самостоятельно пошли только в 17 месяцев.

С точки зрения зарубежных исследователей, социальная среда имеет ряд влияний на развитие ребенка, таких как:

возрастное влияние;  
ненормативные события;  
исторический контекст.

*Возрастные влияния* определяют социальный контекст существования субъекта, это ясли, детский сад, школа и т.д, т.е. 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 и т.д. Возможные ненормативные события меняют индивидуальное биопсихосоциальное развитие ребенка.

Социальные роли и социальный статус ребенка определяются статусом его семьи, это характерно для патриархальных, индустриальных и постиндустриальных обществ. На этом подходе строится социальное, правовое, экономическое регулирование отношений ребенка с обществом.

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

Современные европейские исследователи считают, что феномен молодежи сегодня изучается в различных направлениях социального познания. Так, зарубежные исследователи Дж. Томпсон и Дж. Пристли считают, что основные подходы к молодежи как феномену субкультуры отражены в следующих подходах: функционализм, марксизм, феминизм, интеракционизм (табл.1.3.2), каждое имеет свои особенности понимания молодежи

**Таблица 4.2.**

**Основные теории юности в подходах Дж. Томпсона и Дж. Пристли**

Направление теорий	Содержание
Функциональные теории	Юность обладает низким уровнем власти и статусности при достаточной высокой физиологической и психологической зрелости, что приводит к определенным дисфункциям. Это период перехода от семейных ролей к взрослым социальным ролям, приобретения нового «взрослого опыта» жизнедеятельности, которому способствует образование, а также молодежные группы сверстников
Марксистские теории	Молодежные культы — это реакция на идеологию правящих элит. Организации молодежи, такие как футбольные фанаты, скинхеды, рокеры и др., являются «ритуальными формами» протеста <i>рабочей</i> молодежи против ценностей и культуры господствующего класса. Правящие элиты стремятся противодействовать оппозиционной культуре через коммерчески поощряемую поп-культуру (одежда, музыка, досуг), из которой они не только извлекают сверхприбыль, но и осуществляют контроль, защищая свои классовые интересы
Феминистские	Подход к молодежной субкультуре происходит исключительно

теории	из мужских сценариев (анализ фанатских движений, бунтов, актов массовых неповиновений и т.д.). При этом проблемы девушек рассматривались исходя из проблем социальной патологии, таких как наркомания, проституция, алкоголизм, при этом игнорировались специфические женские сценарии молодежной социализации
Интеракционистские теории и	Данные подходы осмысливают феномены молодежной субкультуры, такие как «кислотный взрыв», «неуправляемые дети», «монстры среди нас» и т.д., как формы переключения массового сознания с социальных проблем общества на проблемы субкультуры. Проблемы «экспериментов в молодежной субкультуре» позволяли смещать акценты в текущей внутренней политике правящих элит с глобальных проблем общества — бедности, неравного распределения материальных благ, безработицы и т.д. — на частные — субкультуры

Однако несмотря на разность подходов к молодежи как социально-демографической группы, тем не менее ученые как отечественные, так и зарубежные сходятся в понимании того, что, формирование идентичности человека в данный период происходит на уровне вторичной социализации, т.е. процесс социализации реализуется в условиях «социализированного индивида».

Это период, по мнению российских исследователей [А. Ковалевой](#) и [В. Лукова](#), когда происходит снижение роли родительской семьи и формирование образа, обобщенного другого. 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.

Баланс между стихийными каналами социализации и целенаправленными каналами является итогом успешной социализации в данный период. Если будет доминировать одна из форм социализации, это приведет к снижению ее эффективности.

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

### *Процесс образования как процесс развития личности*

В процессе социализации образование выступает как система трансляции достигнутых цивилизацией знаний от поколения к поколению. Этот процесс достигается благодаря тому, что школы имеют формальную программу, состоящую из элементов академического знания, которое должны приобрести ученики.

Школьное образование помимо образовательных функций несет в себе такие основные латентные функции как:

- социальной защиты,
- полоролевой социализации,
- воспроизводства общественных норм и отношений.

*Функции социальной защиты* направлены на защиту интересов ребенка, когда это касается проблем семейного насилия, занятости родителей в сфере производства, а также поддержки детей, оказавшихся без попечения родителей, либо детей, чьи родители находятся в ситуации развода.

*Функции полоролевой социализации* связаны с формированием круга общения детей и подростков, где в процессе жизнедеятельности формируются стереотипы нормативного ролевого и полового поведения.

Школьное образование выступает в качестве *института контроля* над противоправными действиями учеников, создает условия для ценностного отношения к различным социальным институтам, а также формирует социальный опыт гендерного взаимодействия.

К проблемам *функций воспроизводства общественных норм и отношений* в социальных науках существуют различные подходы. Данные проблемы становятся актуальными в начале 50-х годов прошлого века, когда образование рассматривалось как одна из форм социализации, в дальнейшем в проблемах стратификации (разделения на классы в зависимости от способности учеников) видели формы воспроизводства классового неравенства на этапе ранних форм социализации. В европейском познании существуют различные подходы к данному вопросу — от марксистских до интеракционистских подходов (табл. 3).

**Таблица 4.3**

#### **Латентные функции образования с позиций различных научных подходов**

<b>Направление</b>	<b>Представление о латентных функциях образования</b>
Марксизм	Роль образования — в контролирующей функции за детьми и

	подростками, когда их родители заняты на производстве. Образование способствует классовому неравенству, воспроизводя через систему закрытых школ и привилегированных университетов социальное расслоение общества
Феминизм	Образование способствует сохранению патриархальных отношений, в школах монополизацию пространства и времени оставляют за мальчиками приоритеты, уделяя им больше внимания, к тому же трудовое гендерное воспитание (мальчики — техника, девочки — домашнее хозяйство) формирует социальные подчиненные отношения между полами.
Либерализм	Образование воспроизводит неформальные и академические школьные субкультуры, а его конечная цель — воспроизводство человеческого капитала. Образование разрушает индивидуальность, творчество через систему правил, установок и контроля за успеваемостью
Функционализм	Образование сдерживает социальную мобильность между классами, тем самым способствует классовой дифференциации. Учителя играют роль управленцев, от лица правящих элит осуществляют репрессивные функции, функции попечения, контроля
Социальный интеракционизм	Академические и спортивные достижения, а также санкции в отношении неуспевающих школьников формируют представления о нормах в обществе; разделение мальчиков и девочек по видам обучения и деятельности формирует социальные ролевые установки, требуемые в обществе

### *Сети социальных контактов*

Сети социальных контактов можно рассмотреть в контексте подходов У. Бронфенбреннера. С точки зрения ученого ребенок находится на различных уровнях взаимодействия, сетей социальных контактов, каждая сеть имеет свой уровень его развития и влияния в процессе социализации и инкультурации. Исследователь описывает процессы социальной интеграции через различные системы такие как:

- микросистемы,
- мезосистемы,
- экзосистемы,
- макросистемы,
- хроносистему.

**Микросистемы** состоят из ближайшего окружения ребенка, и они имеют непосредственное отношение к развитию ребенка (физического, психологического, социального). Для ребенка семья становится точкой отсчета в этом мире, общение с родителями формирует его доверие к миру, на основе взаимосвязи с близкими людьми формируется первичный социальный опыт ребенка. Отношения с близкими людьми не

только формируют опыт общения с миром, но и придают импульс его развитию ребенка. Микросистема – это структура, в которой ребенок приобретает опыт.

**Мезосистемы** формируют отношения между контекстами или микросистемами. Отношения, которые существуют у родителей с другими людьми, а также с социальными институтами, которые являются окружением микросистемы, расширяют горизонты социального опыта ребенка. Ребенок через отношения своих родителей и близких к ним людям формирует новые типы компетенций, разнообразие содержания мезосистемы «повышает его способности к формированию отношений в будущем».

**Экосистемы** являются ситуации, в которых ребенок не принимает непосредственное участие, но опосредованно они влияют на его развитие, внутренний мир и жизненный опыт. Такими экосистемами могут быть, как считает *У. Бронфенбреннер*, место работы родителей, органы власти, программы социального обеспечения, охраны здоровья и т.д. Экосистемы проявляются в контекстах, они влияют опосредованно, но их влияние имеет большое значение на развитие ребенка. Так, например, стресс, который испытывают родители на работе, опосредованно влияет и на детей.

**Макросистемы** функционируют внутри широких идеологических и институциональных схем. Макросистемы связаны с общей организацией мира от уровня, «какой он есть» до пределов, «какой он должен быть». Политические ориентации, исторические события, организационное начало сообществ – все это и многое другое может быть в качестве мощного источника энергии жизни. Макросистема влияет на характер отношений в повседневной жизни.

**Хроносистема.** *У. Бронфенбреннер*, считал, что события хронологического характера и ненормативные события протекают в определенном историческом контексте, который формирует исторический опыт поколения детей, в определенный период времени. Такую систему он определял, как «хроносистема».

#### *4.2.2. 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. В данных подходах реализованы как физиологические теории развития, так и психологические.

#### *Психологическое развитие человека.*



Подходы к психологическому развитию человека в течении жизненного цикла имеется достаточно большое количество подходов, школ направлений.

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, эпигенетическая теория. Согласно этой концепции, личность принимает свое «Я» в неразрывном единстве со всеми своими социальными связями. Изменение социальных связей приводит к трансформации прежней идентичности, что приводит к определенным кризисам, существующим до тех пор, пока индивид не сформирует новую идентичность.

*Э. Эриксона* 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».

**Таблица 4.5.**

### **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, закладывается доверие его 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, когда принимаются первые самостоятельные решения. Э. Эриксон, считает, что появляются первые контролируемые действия со стороны ребенка, так, если раньше движение продуктов пищеварения были бесконтрольные, 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 укрепляется его инициатива. На этой стадии 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 жизни появляются первые разочарования, ребенок может чувствовать свои ограничения и неполноценность. На данном этапе формируются представления о социальных и профессиональных ролях.

*На этапе 12-18 лет (5) –* завершается детство и начинается юность. Подростки сталкиваются с новыми ощущениями, они 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 людей.

*Концепция социально-психологического развития ребенка и Б.Д. Эльконина*

Преодолевая натуралистические представления о взаимоотношениях ребенка и общества, *Б.Д. Эльконин* предлагает рассматривать психическое развитие ребенка в системных социальных отношениях «ребенок — общественный предмет» и «ребенок — взрослый», которые предстают как единый процесс, в котором формируется его личность.

В системе «ребенок — общественный предмет», по мнению исследователя, происходит процесс усвоения общественных способов действия с предметом.

С другой стороны, в системе «ребенок — взрослый» взрослые выступают перед ребенком как «носители» общественной деятельности. Во взаимодействии с ними ребенок усваивает нормы отношений, познает мотивы и задачи человеческой деятельности.

Исследователь выдвигает концепцию ведущих видов деятельности, которые присущи тому или иному возрасту. В этой связи он выделяет две группы деятельности:

виды деятельности, в которых происходит ориентация в смыслах человеческой деятельности, освоение мотивов, задач, норм отношений между людьми;  
 виды деятельности, внутри которых происходит усвоение способов действий на основе эталонов.

Он определил виды деятельности, которые становятся ведущими в процессе развития личности ребенка: непосредственно-эмоциональное общение, предметно-манипулятивная деятельность, ролевая игра, учебная деятельность, интимно-личное общение, учебно-профессиональная деятельность. Основываясь на этих подходах, он предложил периодизацию развития ребенка (табл. 5).

Таблица 4.6.

**Психическое развитие ребенка по Б.Д. Эльконину**

Период	Возраст	Содержание
Дошкольное детство	От рождения до 6—7 лет	Процесс познания начинается с общения ребенка с родителями; манипулирование предметами, развитие вербального общения; речь как инструмент общения и коммуникации; развитие предметных действий; ролевая игра — ведущий вид деятельности; моделирование и копирование социальных ролей взрослых
Младший школьный возраст	От 6—7 до 10—11 лет	Обучение — ведущий вид деятельности; через процесс обучения формируется система отношений ребенка и взрослых; формирование интеллектуальных и познавательных способностей
Средний и старший	От 10—11 до 16—17 лет	Развитие трудовой деятельности; оформление интимно-личностных форм общения;

школьный возраст		формирование представлений о профессиональной деятельности, самоопределении, смысле жизни и др.; в центре взаимоотношений — взаимоотношения со сверстниками; интимно-личностное общение, характерное для данного возраста
---------------------	--	---

### *Когнитивное развитие личности по Ж. Пиаже*

Согласно теории, *Ж. Пиаже* когнитивное развитие ребенка происходит по мере взаимодействия с окружающей средой. Исследователь считал, что когнитивное развитие человека проходит четыре стадии своего развития.

*На первой стадии* когнитивного развития первоначально автоматические рефлекс и реакции не несут смысловой нагрузки. Однако постепенно, в процессе движения вырабатываются «хватательные рефлекс», которые к 12 - 18 месяцам носят целенаправленный характер. На этой стадии происходит формирование самоидентификации ребенка, постижение мира, на основе различения своего «Я» и социального окружения. Важнейшими факторами адаптации к окружающему миру являются процессы ассимиляции и аккомодации.

Ассимиляцией назывались процессы перевода новых когнитивных элементов на уже знакомые. Аккомодацией – процесс модификации имеющихся когнитивных структур на основе нового опыта.

*На второй стадии* формируются способности к внутреннему представлению внешнего мира. Символическое мышление позволяет ребенку анализировать не только события настоящего, но также представлять события прошлого и будущего. Эгоцентризм, характерен для данного возраста, это проявляется и в том, что собственное мнение является самым приоритетным.

*На третьей стадии когнитивного* развития дети способны к логическим операциям, осваивают математические операции, языки, измерения и пространственные представления. В этом возрасте дети могут упорядочивать объекты по различным признакам (высоте или весу), называть серию выполняемых, выполненных действий или тех, которые еще надо выполнить.

*На четвертой стадии* – финальной стадии когнитивного развития, логическое мышление формируется на основе вербальных абстракциях, при этом большое влияние оказывает социальное окружение человека, его психофизиологическое развитие, и социальный опыт. Стадии когнитивного развития отражены в таблице 6.

Стадии когнитивного развития по Ж. Пиаже

Стадии когнитивного развития	Название стадии	Основные характеристики
0-2 года	Сенсомоторная стадия	Развитие в большей степени сенсорное и моторное (двигательные способности)
2- 7 лет	Предоперационального мышления	Пополнение словарного запаса, познание фактов мира.
7-12 лет	Конкретных операций	Способность устанавливать конкретные причинно-следственные связи.
12- 15 лет	Формальных операций	Способность к абстрактному мышлению.

### Гендерное развитие

*Гендерная идентичность* – это сложный комплекс понимания половой принадлежности человека как многоуровневой системы в процессе его био-психо-социального развития. Существует различные подходы, осмысляющие оформление гендерной идентичности.

В основе *психологических теорий* лежат представления о различных механизмах психо - сексуальной дифференциации пола. Различие индивидов на основе их половой принадлежности рассмотрено в следующих основных теориях: теории моделирования, познавательной теории, теории социального научения, стадийной теории.

*Теория моделирования* – в основе подходы З. Фрейда о механизмах идентификации. Ребенок отождествляет себя со своими родителями, имитирует их поведение, ориентируется на взрослых своего пола. Таким образом, усваиваются поло/ролевые механизмы поведения.

*Познавательная теория* – ребенок сначала воспринимает себя как представителя пола (мальчика или девочку), а затем узнает о необходимых стереотипах поведения, чтобы вести себя соответственно.

*Теория социального научения* - в основе механизмы поощрения-наказания за проявление – не проявление маскулинности - фемининности. В основе лежат механизмы поощрения или наказания за поведение, которому соответствуют, либо не соответствуют в процессе жизнедеятельности.

*Стадийная теория* - подчеркивает закономерности развития половой дифференциации в процессе индивидуального развития, которое проходит следующие стадии: усвоение стандартов социального поведения, обучение специфическому

поведению, сопоставление с другими людьми, осознание «правил пола» на основе интериоризированного опыта.

Критика данных теорий основана на том, что они абсолютизируют один из феноменов, который является системным и приводит либо к «запуску» гендерной идентичности, либо к «сбою» биологической программы пола. Современные исследования показывают, что гендерная идентичность имеет сложные механизмы взаимодействия различных структур генетических, физиологических, структур развития и окружающей среды.

Как считают исследователи, процесс гендерной идентификации значительно сложнее. Так ученые *А. Эрхард* и *Х. Майер-Бальбург* предлагают в основе дифференциация пола рассматривать не только биологические, но и психосоциальные факторы, которые соотносятся как взаимообусловленные процессы, к ним они относят:

- первичную идентификацию с «тем или иным полом»,
- полодиморфическое поведение, с проигрыванием и закреплением в раннем детстве гендерных ролей,
- проявление половых различий в когнитивной, эмоциональной, коммуникативной сфере,
- сексуальные ориентации, влечение к представителям другого пола.

### *Духовное развитие*

Духовное развитие, описано в работах *Л. Колберга*. *Лоренс Колберг*, уточняя концепцию *Ж. Пиаже*, рассмотрел структуру умозаключений, которая характерна для отдельных возрастных групп, при этом выделил определенные стадии развития духовного развития, характерного для данного периода.

*Доконвенциональный уровень* моральных суждений характерен для детей дошкольного возраста, мораль формируется из представлений о наказании. Восприятие мира осуществляется через болевые ощущения и удовольствие, т.е. вероятность наказания. При этом «правильность» приравнивается к тому, что ребенок «ощущает приятным».

*Конвенциональный уровень* моральных суждений характеризуется удовлетворением потребностей, это стадия реципрокных отношений типа «ты — мне, а я — тебе». На этом этапе уменьшается эгоизм, позиция «правильно — неправильно» согласуется с семейными ценностями и культурными нормами. Большое значение на этой стадии имеет одобрение других людей, поэтому их оценка с позиций «правильно — неправильно» формирует представления о хорошем (плохом) мальчике (девочке).

*Постконвенциональный уровень* моральных суждений связан с представлениями о моральном долге и авторитете, поддержании общественного порядка. Эта стадия базируется на общепринятых ценностях.

#### *4.2.3. Процессы стагнации и инволюции на этапе социальной интеграции*

Процессы стагнации и инволюции диалектически заложены в любом процессе развития, но в контексте инволюционного подхода они имеют свои особенности. Так, например, если биопсихологические факторы, такие, как ожирение во время беременности, может не только навредить самой матери, но и отразиться впоследствии на всей жизни ребенка, также, как и условия проживания ребенка с родителями, употребляющих 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 система «личность-в-окружающей» среде, средовые факторы, которые могут выступать триггерами проблем и болезней человека, и процессы, которые в процессе развития влияют на психосоматическое состояние, которое нарушает 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», где будут описаны ситуации основных доменов, таких как сеть социальных контактов, система образования, семья, которые могут как спровоцировать негативные процессы, так и быть триггерами определенных негативных процессов, способствующих нарушению когнитивных, физиологических и психологических функций человека, которые разовьются на других этапах возрастного периода.

#### *Процессы и риски в сетях социальных контактов*

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 набор ценностей и/или взглядов на мир разрушают компетентностные характеристики, что отражается как на повседневной жизни, так и создает условия для негативных перспектив на будущее.

Таковыми факторами согласно их подходам и подходам других исследователей являются:

- несбалансированности систем,
- социальная инерция (безразличие, неприятие, отторжение и т.д.),
- насилие,
- отсутствия связи между системами,
- конфликта ценностей между системами,
- экономические трудности,
- культурный релятивизм,
- тоталитарное общество,
- индивидуалистическая конкуренция,
- дискриминация,
- милитаризм.

Сети социальных контактов в контексте исторических жизненных событий могут существенно изменять жизненный сценарий человека, в том числе и на последующих этапах в средней и дальней перспективе.

Так 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, решило проблемы с трудоустройством и карьерой было более успешным в период Великой депрессии, легче адаптировалось и вышло с меньшими потерями, чем то поколение, которое получало образование, строило карьеру в эти годы. 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 течении жизни, и поздний этап жизнедеятельности.

Так когорта женщин, чья образовательная и карьерная деятельность начала складываться до 1918 года, периода Веймарской республики, большая часть из них так и не создали семьи и были одинокими всю жизнь, чем те женщины, карьера которых складывалась 20-30 годы, даже в период нацистской Германии.



Как считали исследователи это связано с тем, что начало века было связано с активизацией женского феминистского движения, расширением их прав и возможностей, что дало женщинам включаться в такие деятельности, которые раньше для них не были доступны, например, вождение автомобиля или заниматься научно-исследовательской деятельностью. Тогда как последующее время было связано не только с экономическими, но и политическими, где предавалось первостепенное значение семье, установки гендерных стратегий разворачивались на дальние перспективы.

Качество старения данных групп имели свои различия. Как отмечают исследователи данного проекта, сети социальных контактов у «матерей» в старческом возрасте значительно было больше, чем у бездетных женщин. При этом у «матерей» в сетях социальных контактов было больше членов семьи, тогда как у бездетных женщин в социальных сетях членов семей и друзей имели равное значение.

Можно отметить, что сеть и виды социальных контактов формируются в исторической перспективе определенные когорты, которые будут иметь свои специфические проявления в социальном функционировании в пожилом возрасте

Так дети, рожденные в 1953-1964 годах, известные как поколение бэби-бумеров, благодаря социальным условиям, которые были характерны для их времени сформировали специфическую группу пожилых людей, которые имеют следующие характеристики:

- они используют интернет, чтобы получить информацию о своих симптомах,
- они стремились раньше выйти на пенсию, но понимали, что необходимо работать дольше, чтобы удовлетворить свои финансовые потребности,
- они не будут жить со своими детьми в глубокой старости, но будут жить со своими партнерами, но уверены, что у них будет доступ к друзьям и родственникам,
- свое будущее они видят больше в социальном и экологическом контексте, чем медицинском, но они не отрицают социальное обслуживание.

### *Процессы начального образования и процессы инволюции*

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.

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

Это связано с различными факторами, среди них:

- особенности здоровья людей в тех странах, где приводились исследования, которое коррелируется социально-экономическими условиями их жизнедеятельности,
- отличие подходов к диагностике изменений процессов в коре головного мозга у пожилых людей при тех или иных дементных состояниях,
- уровень развитости системы образования, которая имеет национальные особенности и предметную подготовку учащихся различающаяся от страны к стране,
- методы оценивания дементных пожилых людей имеют различия, в большинстве своем 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 или не получения его в полном объеме на начальной стадии социализации, и 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.

Можно отметить, что такие данные коррелируется исследованиями в различных странах мира.

Например, японские исследователи отмечают, что пожилые люди, получившие неполное начальное образование до Второй мировой войны, имели больший процент заболевание деменцией, чем пожилые люди, получившие образование в 50-60-е годы XX века, которое увеличилось как по продолжительности, так и содержанию.

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 на три группы

- неграмотные, которое 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: что уровень когнитивных и функциональных возможностей, тестируемых даже в данных группах, существенно отличается, и есть прямая зависимость влияния уровня образования на когнитивно-функциональное состояние пожилых людей.

Исследователи, учувствовавшие в проекте, отметили, что их данные коррелировались 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 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 когда ребенок с проблемами развития, может сыграть существенное влияние при его коррекции, т.е., выступить в качестве терапевтической среды.

В том случае, если ситуация с проблемами здоровья ребенка родителями будет перекладываться на социальные институты, которые осуществляют коррекцию ослабленных или несформированных функций, то эффект будет либо менее значительный, либо не будет иметь значения вообще, и найдет отражение на всех фазах развития человека.

Так синдром дефицита внимания и гиперактивность у ребенка это комплексное заболевание, которое затрагивает не только психофизиологические функции ребенка, но сам синдром осложняет жизнедеятельность ребенка, его социальное функционирование в различных институтах.

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.

Ученные исследовали взрослых людей в возрасте 60-90 лет в Швеции и Нидерландах, они оценили степень распространенности данного синдрома в этих странах в

этих возрастных когортах, он по их оценкам составил 4,2% от заболеваний, данной возрастной группы.

Исследования выявили, что непроработанные проблемы на ранних этапах жизнедеятельности нашли существенные проблемы с контрольными группами данного возраста, не имеющих данного синдрома.

Так у данных групп были зафиксированы проблемы с обучением в детстве, соотношение 18% против 5%, и 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%, расстройство пищевого поведения против 0%, посттравматическое стрессовое расстройство 9% против 1%.

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

### *Раннее материнство в контексте жизненного цикла*

Проблемы раннего материнства, в контексте, который мы рассматриваем, имеет большое значение для понимания влияния ранних этапов жизни на процессы старения. В контексте жизненного сценария человека, раннее материнство, является этапом жизнедеятельности, который изменяет траекторию развития, осложняет гендерный сценарий.

Как показывает мировая и региональная статистика раннее материнство, как социально-демографическое явление имеет широкое распространение. Согласно оценкам, ВОЗ 10% детей в мире рождаются от матерей в возрастной группе 15-19 лет.

Канадские исследователи на основе сравнительного анализа выяснили следующие показатели раннего материнства по показателям наивысшего и наименьшего в процентном отношении. Так наименьшим показателем среди матерей подростков в Европе, а среди европейцев лидирует Нидерланды 2,3% от всех родов. Наивысшей показатель в Восточной Европе – Грузия 21%, Болгария -20,5%.

В Канаде ежегодно около 40 тыс. девочек-подростков становятся беременными, из них около 20 тыс. делают аборт, 20 тыс. рожают.

В Российской Федерации согласно данным Росстата в 2018 году статистика раннего материнства была такова:

- в возрасте 12 лет стали мамами – 4 девочки,
- в возрасте 13 лет – родили 34 ребенка,
- в возрасте 14 лет- родили 190 детей,
- 15-летние – 919 младенцев,
- 16-летние – 2925 детей.

Проблемы раннего материнства включают в себя две особенности, помимо социальных, образовательных проблем, проблем, связанных с социальным обеспечением, так, например, в США ежегодно выделяется на поддержку раннего материнства около 9 млрд. долларов, это проблемы воспроизводства поколения, осложненного различными заболеваниями, а также потерей здоровья самими матерями.

Как показывают зарубежные исследования дети, рожденные от матерей –подростков чаще рождаются недоношенными, с маленькой массой тела, в процессе развития у детей наблюдается хронические респираторные заболевания, умственная отсталость и дислексия. Таким образом, можно говорить о «воспроизводстве потомства» группы риска в престарелом возрасте когорты которых будут иметь мультиморбидные заболевания и повышенные риски деменции.

Исследования, которые были проведены американскими и канадскими учеными о влиянии раннего материнства на психическое здоровье в пожилом возрасте показали когнитивные расстройства уже у 50-летних американок и женщин в возрасте 60-ти лет в Канаде.

Американские исследователи изучили влияние многопоколенного материнства на готовность детей к школе, выявив особенности, что не только дети, но и их внуки имеют сложности в адаптации и обучении. Как считают специалисты, данные проблемы нельзя свести только к социально-экономическим факторам, а требует его более детального изучения.

### *Биопсихосоциальные процессы как доминанты геронтогенеза*

Биопсихосоциальные процессы непосредственно влияют на изменение здоровья человека и его функционирование на всем протяжении жизненного пути. Однако на ранних стадиях оформления психофизиологического и когнитивного становления человека могут существовать такие процессы, которые впоследствии могут существенно осложнить его жизнедеятельность.

### *Процессы децелерации*

В современном постиндустриальном обществе начинают разворачиваться процессы на ранних стадиях развития человека, которые ученые назвали децелерацией. Процессы децелерации противоположны процессам акселерации, они направлены не на активизацию и развитие, а на замедление процессов физиологического созревания, и это касается не только антропометрических данных, но и всех систем и органов человека.

Данные процессы имеют две направленности:

- на изменение массы тела человека,
- на увеличение его массы, которая ведет к ожирению.

Как считают исследователи, причинами, которые вызвали процессы децелерации могут быть:

- экологические изменения,
- социальная среда,
- снижение физической активности человека, «сидячий образ жизни»,
- влияние информационных технологий, приводящие к истощению нервной системы,
- генные мутации.

### *Избыточный вес среди детей и подростков*

Избыточный вес среди детей и подростков характерно для многих стран мира. Так, например, в США ожирение наблюдается у 25% детей и подростков, причем показатели среди детей школьного возраста в возрасте от 6 до 11 лет примерно на 25% выше по сравнению с дошкольниками в возрасте 2-5 лет.

В Европейских странах в 2017 году избыточный вес был зафиксирован у 31% школьников.

В Российской Федерации, как свидетельствует статистика, в 2017 году процент несовершеннолетних страдающих от ожирения варьировался от территории проживания. Так максимальный процент детей и подростков имеющих избыточную массу тела был зафиксирован в Еврейской автономной области, где страдающих ожирением составил 64%, от общей численности детей. Более трети детей, страдающих ожирением, было зафиксировано в Северной Осетии, Башкортостане, Калужской области, Пермском крае, Брянской области, Туве, Ульяновской области, Волгоградской области и Крыму.

Когортные исследования зарубежных специалистов показали, что увеличение массы тела на ранних стадиях развития оказывает негативные последствия на последующих этапах жизни.

Достаточно высок риск развития ишемической болезни сердца во взрослой жизни. Наблюдались дисфункции эндотелия сосудов, что влияло на развитие атеросклероза и повышенного артериального давления. Избыточная масса тела во взрослом возрасте нередко провоцирует сахарный диабет второго типа.

Исследуя подход жизненного цикла применительно к проблемам ожирения на ранних стадиях развития и его последствий в среднем и пожилом возрасте, ученые из Австралии пришли к тем же выводам, что и американские исследователи.

Российские исследования показали, что ожирение может привести не только к нарушению сердечно-сосудистой системы, но также к проблемам с передвижением, нарушению равновесия и изменению скорости ходьбы в пожилом и старческом возрасте, что является высоким риском падения, частой причиной переломов, приводит к зависимости от посторонней помощи.

#### **4.3. Этап социального функционирования в контексте проблем развития и инволюции**

Данный этап, этап социального функционирования условно разбивается на две части с 21 года до 40 лет, а затем с 40 до 60 лет. На данном этапе 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 и инкультурации и все это происходит в системе развития индивидуально-личностных функций и интенций.

На данном этапе 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.

##### *4.3.1. Психологическое, гендерное, нравственное становление человека*

Психологическое развитие в контексте данного жизненного цикла определено семейными и профессиональными связями, рождением детей, их социализацией и «выпуском» в жизнь. Важнейшим жизненным переходами являются начало и окончание карьеры, которая связана с возрастными характеристиками человека.

*Психическое развитие человека в теории Э. Эриксона*

Данный этап в периодизации Э. Эриксона начинается с шестого этапа.

*Шестой этап* - начало взрослой жизни (20-40) лет человек может потерять свое лицо, в процессе взаимодействия с окружающими людьми. Человек стремится войти в дружеские и любовные отношения. Большое значение играют 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 учиться быть полезным для других. Формируется потребность в том, чтобы его ценили, обращались за содействием. Важным компонентом жизнедеятельности человека - быть востребованным. На этой фазе реализуются потребности в воспитании, в близости к собственным детям, в творчестве и деятельности. Опасность проявляется в том, что застой и стагнация не дают возможности для самореализации личностной и профессиональной.

*Последняя фаза жизни от 65 и старше* он 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 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.

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 с начала, и отрицание своих недостатков, проецируя их на окружающий мир.

### *Гендерное развитие*

Гендерное развитие на данном этапе 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.

#### **Фемининные подходы к пониманию женских жизненных стратегий**

Традиционно особенности женского гендерного сценария жизни рассматривают в контексте их функционирования в семье. Однако, в начале XXI данный подход расширяется, жизненный женский сценарий осмысливается в различных контекстах, таких как работа, где акцент делается на возможности карьерного роста, здоровья, где феномен

женского здоровья, репродуктивные функции женщины являются основой исследования, политическая активность женщин и другие проблемы.

Тем не менее, в научной литературе ведущим подходом является подход, описывающий развитие женских ролевых сценариев в жизненном цикле семьи.

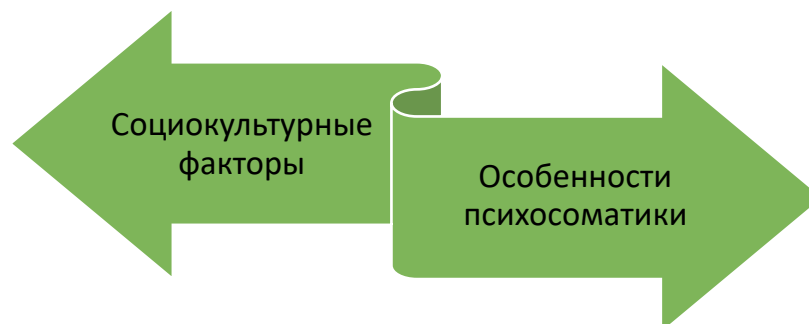
Фемининные женские сценарии в контексте жизненного цикла осмысляются в логике антропологических подходов, психологических подходов и подходов нравственного развития как доминант женского жизненного цикла на этапе социального функционирования.

### *Антропологические подходы к фемининности*

Клинические наблюдения *Ш. Радо, Х. Дейча, М. Клейн*, позволили *К. Хорни*, на основе концепций психоанализа, выделить наиболее существенные интегральные характеристики «женского мазохизма», как концепта подчинения женщин мужчинам. Концепт «женского мазохизма» определял системные характеристики различий между полами.

Основываясь на работы *З. Фрейда*, она, тем не менее, считала, что феномен женственности невозможно понять только с позиций сексуальности, что процесс женской сущности значительно сложнее. Исследовательница рассматривала две группы факторов, социокультурные и биологические, которые позволяли объяснить феномен женского мазохизма, как системного феномена фемининности.

Социокультурные – средовые, факторы подчинения женщин мужчинам оформились в результате институционализации общества, и впоследствии «транслировалось» в процессе исторического воспитания и социализации обоих полов, закрепляясь в «коллективном бессознательном». Вторая группа факторов была связана с особенностями психосоматики мужчин и женщин, их особенностями «функционирования» на основе различий «анатомического аппарата».





*Рисунок 1.3.6. Особенности половой дифференциации по К. Хорни*

Исследуя средовые факторы дифференциации на основе социокультурного анализа К. Хорни полагала, что в обществе сложились определенные комплексы представлений и отношений, определяющих подчиненное положение женщин – мужчинам, среди них основными являлись:

- ... женщина считается существом, которое в целом ниже мужчины...;
- женщина экономически зависит от мужчины или семьи, так как это способствует эмоциональной адаптации путем зависимости;
- деятельность женщин ограничивается сферами, где все строится на эмоциональных связях: семьей, религией и благотворительностью...

Помимо сформированных общественных установок, существовали объективные психосоматические различия между женщинами и мужчинами, которые способствовали «верховенству» одних и подчинению других. К. Хорни выделяла следующие анатомо-психологические факторы различий:

- мужчины в среднем сильнее женщин,
- женщины больше подвержены насилию,
- менструация, дефлорация, деторождение, поскольку это кровавые и болезненные процессы, тоже с готовностью служат реализации мазохистских устремлений,
- биологическая обусловленная асимметрия участия в половом акте...

Рассматривая природу женского мазохизма, К. Хорни внесла свою роль к осмыслению гендерных различий, хотя цель ее исследования было изучение особенностей невротизма среди женщин. Тем не менее, работы данного уровня в последствие сыграли свою роль, когда в практике социальной работы начали формироваться технологии помощи женщинам. При этом женщины осмыслились как специфические клиенты социальных служб, в решение проблем которых применялись гендерно-ориентированные технологии помощи. Именно такие подходы дали толчок к изучению «традиционных случаев» в ракурсе гендерной проблематики, например, женский алкоголизм, женские правонарушения, женская инвалидность, проблемы женского психического здоровья и т.д.

***Психологические подходы к фемининности***

Психолог Д. Левинсон, на основе изучения американских женщин, представительниц среднего класса определил особенности их развития в системе жизненного цикла семьи.

Этап, предшествующий взрослению связан с принятием ролей, которые в процессе социализации формируются у девушки. 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 это период для женщин – это меж ролевой конфликт, между ролью матери и хозяйкой дома, и профессиональными ролями. Социальное давление со стороны общества, побуждающее продолжения профессиональной карьеры и потребность семьи в реализации женщиной функций матери, 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, называемым «пустое гнездо», где она должна приспособиться к ролям, связанным вне семьи. С другой стороны, для женщин наступает менопаузальный период, и она должна приспособиться к новым гормональным изменениям организма.

*Последняя фаза жизненного цикла* от 60 и старше связана с принятием ролей прародительницы, бабушки, данный цикл связан с потерей друзей, близких, родственников. Намечаются проблемы со здоровьем.

#### *Феноменология нравственного развития*

Разграничение между полами осмыслялось и в контексте нравственного развития, данный подход был представлен *К. Гиллиган*.

Исследовательница предложила концепцию морального развития на основе «женских ценностей» таких, как «забота о ближних», «самоотречения». С ее позиций, нравственное развитие женщины проходит ряд стадий, таких как самоозабоченность, самопожертвование, самоуважение оформляющихся в процессе жизнедеятельности.

*Уровень 1- самоозабоченность.* Этот уровень характеризуется тем, что женщину интересуют субъекты, удовлетворяющие ее потребности. Однако постепенно эгоизм начинает сменяться тенденциями к самоотречению. Несмотря на то, что женщина еще сосредоточена на собственном благополучии, в случае принятия решений она учитывает интересы других людей.

*Уровень 2- самопожертвование.* На этой стадии женщина следует социальным нормам. Она переходит к удовлетворению собственных желаний, лишь после удовлетворения потребностей других. Роль «хорошей матери», поведение которой диктует ожидания окружающих, заставляет ее постоянно делать выбор, чувствовать ответственность за свои поступки. На этой стадии осуществляется переход от самопожертвования к самоуважению, где принимается в расчет собственные потребности.

*Уровень 3- самоуважение.* На этом уровне женщина осознает, что только она способна сделать выбор, касающейся ее жизни, если он не причинит вреда людям, связанных с ней семейными и социальными узами. На этом этапе нравственное сознание оформляется в мораль непротivления.

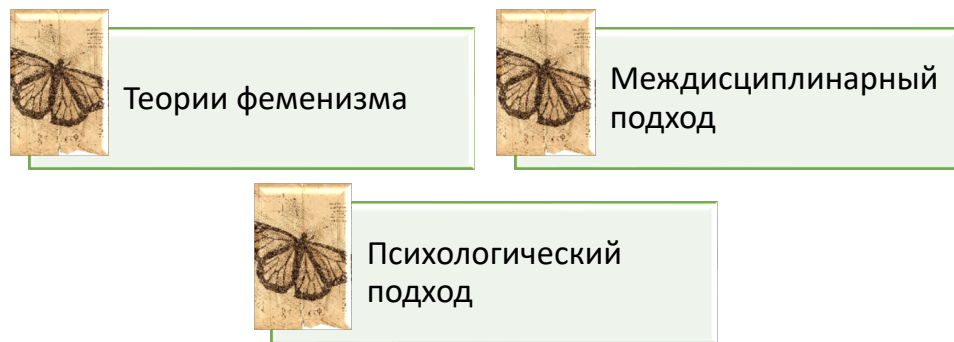
#### *Подходы к мужским гендерным ролям*

В подходах к мужским гендерным ролям в социальных науках сложилось три основных подхода:

- феноменологический подход на основе феминистской критики,
- междисциплинарный подход на основе гендерных различий,
- психологический подход.

#### *Феминистские научные подходы к феномену маскулинности*

Данные подходы при всех их критике «маскулинного мира», как признают исследователи, имеют достаточно веские основания того, что все социальное научное познание человека в XX века строилось при доминировании исследовательских дискурсов в направлении мира мужчин. Поэтому критика «маскулинно ориентированного познания» имеет историческое обоснование и традиционные научные корни исследований. Вместе с тем, критика феминистского познания природы человека дала толчок для осмысления особенностей идентичности мужчин и женщин, не только на уровне биологии и физиологии пола, но социально - ролевых отношений в обществе.



*Рис. 4.7. Теоретические подходы к мужским гендерным ролям*

Феминистская гендерная рефлексия, например, в области практической социальной работы сфокусирована вокруг тем и проблем, которые отличают социальное функционирование субъектов на основе половых различий. *Л. Доминелли* рассматривая особенности социального функционирования мужчин в обществе, выделила ряд отличий, которые позволяют им вступать в «неравноправные отношения»:

- неравноправная власть, отношения в обществе построены на доминировании мужчин над женщинами;
- доминирование в профессиях, где женщины составляют большинство, мужчины являются руководителями в педагогических, социальных профессиях,
- доминирование в семье, несмотря на то, что нуклеарные патриархальные семьи имеют тенденцию к сокращению,
- ограниченные функции в семье, «мужчины рассматриваются как «кормильцы», а не как участники внутрисемейной жизни,
- мужчины имеют привилегии на институциональном уровне.

*Междисциплинарный подход к мужским жизненным сценариям*

К мужским гендерным ролям сфокусирован на ряде проблем, таких как феноменология маскулинности, поло - ролевые отношения, специфика проявления маскулинности в контексте био-психо-социальных проблем.

Как считал российский исследователь *И. Кон*, в конце XX века произошли определенные подвижки в подходах к мужским сценариям жизни, по его мнению, по отношению к «традиционной маскулинности», «интеллект стоит выше, чем физическая сила».

В начале XXI века осуществлено ряд исследований американскими и европейскими учеными (*Левантом, О'Нилом, Энглар - Карлсоном*, и другими), которые посмотрели на феномен «маскулинности» с позиций новых факторов, ими были выделены следующие характеристики присущие мужчинам:

*Общий мужской стиль*: мужчины выстраивают формы отношений через инструментальную деятельность.

*Способы мужской поддержки*: защита других и сопереживание.

*Генеративное отцовство*: удовлетворение детских потребностей на ранних стадиях жизнедеятельности в целях развития.

*Мужская самостоятельность*: использование индивидуальных ресурсов в преодолении трудностей, «быть самим собой».

*«Кормилиц семьи»*: иметь значимую работу, которая обеспечивает других

*Групповая ориентация*: мужчины склонны сотрудничать и объединяться в более крупные сети.

*Мужская смелость*: мужчины могут достичь многого за счет смелых и рискованных действий.

*Филантропизм*: мужские филантропические организации имеют богатую историю служения людям.

*Мужской юмор*: средство коммуникации и общения с различными группами, форма снятия стресса.

*Мужской героизм*: героические поступки, историческая традиция, неотъемлемая часть мужественности.

*Специфика биопсихосоциальных проблем* выявляет другой вектор отличия мужских гендерных ролей в обществе. Зарубежные исследователи, в частности *С. Журар*, считает, что социальные нормы, процесс социализации вызывают специфические психосоциальные дисфункции у мужчин, которые проявляются в психических заболеваниях, алкоголизме, преступности, тенденциях суицидального поведения, в различных формах агрессивного поведения.

### *Психологические теории маскулинности*

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

*Ранняя зрелость 22-28 лет*, в данный период молодые люди покидают свой дом, начинают самостоятельную жизнь, профессиональный статус мужчины не совсем определен, осуществляется поиск профессиональной самореализации.

*Переходный период 28-33 года* – этот период осмысливается как кризисный, высока вероятность развода, смена 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*. Для данного периода 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 повеления, выработанным в предшествующие периоды жизни.

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

*Переходный период 55-60 лет* – стабилизация, переход к пенсионному возрасту и поздней зрелости.

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

#### *4.3.2. Карьера и жизненный цикл человека*

В данный период жизнедеятельности человека активизируются гендерные стратегии как мужчин, так и женщин. Как считают европейские исследователи в отношении карьеры женщин, существует сегрегация, несмотря на то, что больше женщин в XXI веке

представлено в системе управления, юридической отрасли, тем не менее образовательный рынок в большей степени представлен женщинами, так 82% в начальной и средней школе трудятся женщины, 95% воспитателей в учреждениях представлено исключительно женщинами. Здесь необходимо говорить о том, что не только система образования в основном представлена женщинами, но этот факт находит свое подтверждение в сфере здравоохранения, социальной защиты, торговли и сфере услуг и гостиничного бизнеса.

Мужскими считаются профессии, которые связаны с управлением, добычей полезных ископаемых, машиностроением, военным делом и бизнесом и транспортом.

### *Образование*

С учетом того, что технологический процесс становится все более сложным, считается, что процесс образования в XXI в. не может завершиться для человека на какой-то стадии его личностного и индивидуального развития. Это предполагает, например, в Болонском процессе, что процесс образования должен сопровождать человека в течение всей его жизни, поскольку вызовы рынка требуют адекватного на них реагирования. Иными словами, человек на различных фазах социализации должен обладать компетенциями, необходимыми и достаточными, чтобы быть успешным в конкурентной борьбе на рынке труда в ситуации «здесь и сейчас».

Развитие рынка, как правило, предполагает наличие нового профессионального опыта, порой не связанного с предшествующим социальным и профессиональным опытом человека, примером тому могут быть вызовы информационной революции. Поэтому 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, тем самым в этот период жизнедеятельности, становится системой социальной безопасности человека и его индивидуального благополучия.

### *Запуск нового жизненного сценария в контексте динамики семейных отношений*

В этот период осуществляется «запуск нового жизненного сценария», в созданном институте семьи начинает формироваться человек. 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*.

Данный подход к жизненному циклу продолжает традицию описания жизнедеятельности человека в контексте поворотных событий семьи как социального института.

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 в контексте времени и пространства.

Ученые в своем подходе выделяют эмоциональные связи в семье, как основополагающие, влияющие на становление и развитие личности, в этой связи они последовательно показывают их роль на каждом этапе развития человека на всех этапах становления.

Понимая тот факт, 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, характерные для всех семейных вариаций.

Предложенная схема развития жизненного цикла семьи отражает как вертикальные, так и горизонтальные связи.

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

Все эти подходы дают целостное представление о социальном функционировании семьи в контексте жизненного цикла, что отражено в таблице 4.6.

**Таблица 4.6.**

**Жизненный цикл семьи в концепции Б. Картер и М. Макголдрик**



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, определяя место детям, -вступление в воспитание детей, решения бытовых и финансовых задач; -реорганизация отношений с расширенной семьей, принятие родительских ролей и ролей прародителей
Семья с подростками	-увеличение подвижность семейных границ, в целях обеспечения независимости детей и поддержать прародителей	- изменение детско-родительских отношений, позволяющих подростку входить и выходить из системы, - переориентация на средний возраст брака и карьерных вопросов, -начало перехода за уходом 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 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.

### **4.3.3. Инволюционные процессы в жизненном цикле человека на этапе социального функционирования**

Инволюционные процессы на данном этапе жизненного пути человека при всех их разнообразии в контексте проблем когнотенеза можно свести к проблемам:

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

#### *Деструктивные детско-родительские отношения в контексте проблем геронтогенеза*

Негативные влияния, которые может оказывать семья в целом, а также детско-родительские отношения, мать-ребенок, отец-ребенок, на социальное функционирование человека в более позднее время было отмечено еще в работах З. Фрейда в начале прошлого века.

Как отмечал ученый на каждой стадии развития человека происходит становление физиологических и психических функций, при чем 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, вследствие нарушений развития в раннем детстве. Согласно З. Фрейду «ранние формы психики» никуда не исчезают, а они присутствуют у взрослого человека, ученый образно это так объяснял 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 приводило к деформации жизненного сценария в последующие периоды.

В данном направлении в течении всего XX века велись исследования ученых, что позволили найти закономерность проявлений психозов и социальных последствий в контексте развития и детско-родительских отношений на ранних стадиях. В таблице 4.8, даны обобщенные данные различных стадий развития с их последствиями немецким психиатром *Р. Клузмано*.

## Основные физические и психические последствия при нарушениях на стадиях развития по Р. Клузмону

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 кормление 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)	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, соответствующий родитель отвергает ребенка, родители не смогли идентифицировать себя с половой ролью	- навязчивость, - вечный сын, дочь, -развитие гомосексуальности, -фобии, -сексуальные неврозы, инверсии -проблемы на работе. в общении, браке	-параличи, -заболевание органов чувств, -соматизация страха (потливость, тахикардия, приступы удушья, затрудненное дыхание)

### Карьера и образование в зрелом возрасте как фактор деструктивных проявлений

Карьера и образование в аспектах геронтогенеза мы рассмотрим в контексте двух проблем, связанных со здоровьем человека – это сердечно-сосудистые заболевания и

процессы деменции, которые являются основными при анализе жизнедеятельности человека на поздних этапах его жизни.

*Подходы к проблемам сердечно-сосудистых заболеваний в контексте карьеры человека*

Сердечно-сосудистые заболевания являются самыми распространенными среди пожилых людей, они имеют свой генезис в более раннее время. Не последнюю роль на их формирования влияют 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 стрессоустойчивости 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, и посмотреть это влияние в контексте возрастных проблем в отдаленной перспективе.

Подходы к проблемам соотношения поведения и влияния стресса на здоровье человека было осмыслено еще учеными в начале XX века, особенно такими как *У. Кэннон* и *Г.Селье*.

При угрозе жизни у животных активизируются все мышцы, обостряются реакции на внешнее воздействие, в результате накопления адреналина, они либо проявляют внешнюю агрессию, либо спасаются бегством. *У. Кэннон* описал данную стрессовую ситуацию у животных, выделив у них две реакции на страх, которую он определил «дерись или беги». *Г. Селье* одним из первых определил, что длительный стресс может привести к серьезным заболеваниям.

Работы данных ученых стимулировали многих исследователей в различных областях познания, в том числе позволили изучить как психосоциальные факторы могут увеличить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у человека.

Как считают зарубежные исследователи работы *У. Кэннона* и *Г.Селье*. дали импульс целому направлению научных изысканий, которые сосредоточились на поисках «психосоматических чертах личности», способствующие развитию тех или иных заболеваний.

Одними из первых данную проблему обозначили исследования *Хелен Данбар* и *Франца Александра*, определившие личностные профили, которые по их мнению могли

быть толеранты к развитию различных болезней, в том числе и сердечно-сосудистых заболеваний.

В 1950-х годах прошлого века кардиологи *Мейер Фридман и Рэй Розенман* создали концепцию личности, обозначив ее типология «А», подверженную сердечно-сосудистым заболеваниям. По их мнению, люди типологии «А» обладает определенными характеристиками, которые провоцируют данные заболевания, к ним ученые относили:

- стремление к достижениям,
- агрессию,
- нетерпеливость, импульсивность,
- чрезмерную ответственность, субъективное ощущение «нехватки времени»,
- взрывную манеру говорить,
- для них характерно высокое напряжение лицевых мышц.

Как показали дальнейшие исследования такие люди имели более высокий уровень холестерина, и в три раза больше количество сердечных приступов, а также предрасположенность к ишемической болезни сердца, чем люди 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 поведения типа «В». По мнению европейских ученых «токсичными компонентами», приводящие к смертельным исходам у людей поведения типа «А», могут являться гнев и враждебность к окружающим.

Однако, однозначных ответов в результате клинических исследований на сегодняшний день получено не было. Тем не менее по данной аналогии были обозначены еще личностные профили в контексте проблем заболеваний, которые имеют достаточно широкое распространение, но требует более масштабных исследований в этом направлении.

На основе таких психологических факторов как отсутствие/ наличие низкой самооценки, подавление гнева, враждебности, высокого уровня тревожности в контекст с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ученые вывели следующие типы личности:

- типология «В» - люди с данными психологическими чертами хорошо выстраивают отношения с окружающими, склонны к сотрудничеству, при высокой самооценки они имеют «спокойное отношение» к достижениям,

- типология «С» - для данной группы характерно трудности при выражении эмоций, они имеют склонность «держаться при себе», со своими беспокойствами и трудностями они не делятся с окружающими,
- типология «D» -люди данной группы страдают психической депрессией, они находятся в постоянном стрессе, агрессивны к окружающим,
- типология «Н» - данный психотип личности устойчив к стрессовым заболеваниям из-за адаптивного когнитивного стиля и последующего снижения уровня физиологического возбуждения.

Как показали дальнейшие исследования европейских ученых люди с психосоматическими чертами личности типа «D» при низкой самооценке и наличии специфического страха «не быть принятым» имеют достаточно высокие риски развития ишемической болезни сердца, смертельные риски, которые особенно высоки в старческом возрасте.

Последние исследования, вне контекста типологии личности выявили зависимость стрессовых профессиональных ситуаций на развитие сердечно-сосудистых заболеваний. В результате исследований европейских ученых *Уайтхолла и Босма* , выявлявших влияние стресса на сердечно-сосудистые заболевания, установили, что высокие требования к работе с низким ее контролем приводит к вредному влиянию на сердечно-сосудистое здоровье человека.

При дисбалансе между усилиями и низким уровнем вознаграждения наблюдалось прогрессирование атеросклероза, и увеличение от 1,56 до 2,38-кратного риска развития новых коронарных болезней в течении 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 был более значим, чем у женщин.

Возможно здесь находится один из ответов разности смертности в пожилом возрасте у мужчин и женщин, в контексте сердечно-сосудистых заболеваний.

#### **4.4. 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.

Геронтологами признано, что здоровье пожилого человека является фактором уязвимости. Пожилому возрасту присущи многие проблемы физического характера, которые появляются постепенно в процессе старения.

Это - снижение адаптационных способностей организма, выраженные инвалидизирующие и возраст-зависимые заболевания, мультиморбидная (множественная) патология, психические расстройства, приводящие к нарушениям жизнедеятельности организма и развитию так называемой «старческой немощности», старческой астении.

Формированию такого феномена способствуют особенности образа жизни пожилого человека, низкий уровень активности, отсутствие полноценного питания, влияние социальных условий, таких как изменение семейного статуса, одиночество, уход на пенсию, отсутствие уровня занятости, низкий уровень пенсий, снижение самооценки и частая зависимость от помощи других людей.

У значительного числа людей пожилого возраста имеется феномен полиморбидности, при котором у одного человека в возрасте старше 60 лет отмечается наличие не менее 5–6 заболеваний. Кроме того, в настоящее время отмечается увеличение количества людей пожилого и старческого возраста, имеющих выраженные инвалидизирующие нарушения жизнедеятельности, в связи с чем, возрастает удельный вес людей пожилого и старческого возраста с инвалидизирующей патологией.

Однако, по мнению геронтологов, инволютивные изменения в организме имеют несколько стадий.

*Бессимптомная стадия*, когда изменения, связанные со старением организма слабо выражены и не влияют на степень активности пожилого человека.

*Манифестная стадия*, при которой имеет место сочетание инволютивных изменений с хроническими возраст-ассоциированными заболеваниями и, которые приводят к выраженным нарушениям жизнедеятельности и зависимости пожилого человека от посторонней помощи.

*Стадия формирования инвалидности и старческой астении* - происходят выраженные ограничения жизнедеятельности и затруднения самообслуживания.

*Терминальная стадия* - в связи с выраженными функциональными изменениями пожилые люди, как правило, становятся лежачими, что приводит к развитию синдрома длительной иммобилизации, поэтому они нуждаются в постоянном постороннем уходе для поддержания достойного качества жизни на этом этапе.

Поэтому, с точки зрения европейского и мирового опыта, основной точкой приложения социального координатора являются лица пожилого и старческого возраста, с

гериатрическими синдромами и страдающие феноменом, так называемой, старческой астении.

Старческая астения ассоциируется с уязвимостью пожилого человека, поскольку минимальное воздействие (заболевание, травма и пр.) у человека с данным состоянием может привести к быстрым и выраженным физическим и когнитивным изменениям, вплоть до смертельного исхода.

Поэтому социальный координатор должен ориентироваться в вопросах оценки биопсихосоциального функционирования пожилого человека, с обязательным выявлением ресурсов жизнедеятельности и остаточных резервов стареющего организма.

Особенности биопсихосоциального функционирования пожилого человека заключается в том, что на фоне снижения физиологических, когнитивных способностей, уменьшаются его возможности социального функционирования, которые могут 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 старше 85 лет увеличивается на 27%.

Как пишут исследователи, протекание гипертонии в среднем и пожилом возрасте имеют свои особенности. Если в среднем возрасте гипертония и высокое давление приводят к низкому уровню профессиональной активности, то в более позднем возрасте эти факторы могут 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, согласно зарубежным исследованиям, может приводить к развитию каротидного атеросклероза. Среди различных причин, не только воспалительных процессов в эндотелии, приводящих к атеросклерозу сосудов, исследователи выделяют и факторы «жизненного истощения», среди которых общая усталость, раздражительность, деморализация.

В пожилом возрасте «небиологические факторы» факторы могут приводит к различным заболеваниям и функциональным расстройствам.



Так по наблюдению западноевропейских специалистов, к сердечно-сосудистым заболеваниям среди 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. Зарубежные наблюдения показали, что пожилые люди, и мужчины, и женщины, имеющие сердечно-сосудистые заболевания, не имеющие достаточной эмоциональной поддержки в три раза больше имеют риск смертельного исхода.

Клиническая геронтологическая социальная работа должна учитывать при работе с клиентами пожилого возраста не только проблемы их социального функционирования, но учитывать различные синдромы, которые характерны при различных заболеваниях, чтобы эффективно осуществлять социальную поддержку и социальный уход.

Среди возможных классификаций к описанию феноменологии старости, можно отнести концептуальный подход *Биррена и Реннера*, их взгляды соответствуют системным взглядам на процесс старения, который общепринят в современном научном социальном познании.

Исследователи процесс старения, традиционно, предлагают соотносить с тремя групп факторов с:

- биологическим возрастом,
- психологическим возрастом,
- социальным возрастом.

Каждый из представленных факторов обладает своими системными характеристиками, позволяющими определить свой уровень процесса старения.

#### *4.4.1. Биологические траектории пожилых людей*

Биологические траектории развития человека являются определяющими в осмыслении его жизненного цикла, а особенно на 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 особенностях социального функционирования (социальные роли, возможность не быть включенным в трудовые отношения, наличие свободного времени и т.д.),
- финальном этапе жизни (на основе региональных демографических тенденциях).

Эти детерминанты определяют специфику периодизацию поздних этапов человека.

Несмотря на общепризнанный статус различных типов старения, именно хронологический возраст наиболее часто используется в качестве классифицирующей переменной в исследованиях, посвященных воздействию старения.

Например, британский исследователь *Д. Бромлей*, предложил классификацию старения человека, которая состояла 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 принято выделять, также 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 мужчины и женщины в этой возрастной группе не соответствует друг другу, женщин больше чем мужчин. Если обратиться к российской статистике, то на 1000 мужчин в возрасте от 65 до 69 лет женщин приходится 1679, и эта цифра существенно разнится после 70 лет, в этой возрастной когорте женщин составляло на 2018 год 2406 человек.

*Ко второй группе* относят мужчин и женщин возрастного диапазона 75-84 лет. Данная возрастная группа уже существенно отличается от предшествующей. Как отмечают исследователи для них характерно наличие медицинских проблем, рост инвалидизации. Однако по зарубежным исследованиям отмечается, что благодаря реабилитационной работе и терапии, пожилые люди данной группы меньше страдают от психологических проблем, чем предшествующая группа. Они меньше находятся в депрессивном состоянии и состоянии тревоги. Вместе с тем они требуют более всестороннего подхода к их проблемам, включающих решение не только биопсихологических проблем, но и социальных.

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

*Рольевые задачи пожилого человека в контексте физиологических изменений*

Как мы посмотрели выше пожилые и престарелые люди на фазе геронтогенеза имеют свой внутренний контекст жизнедеятельности, который определен физиологическими процессами старения.

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

*Признать то, что старение связано с ограничениями.* Возраст ограничивает определенные физические и умственные способности человека. Способность признавать это 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 взаимозамену для деятельности, обеспечения доходов, общения, интересов. Исследования показывают, что неудача в реализации этой задачи является основной и наиболее частой причиной неадаптивного успешного старения.

*Разработать новые критерии для самооценки.* Пожилой человек должен уметь чувствовать себя достойно и удовлетворенным от принятия других ролей, связанными с работой. Это одна из проблем в нашем ориентированном на работу индустриальном обществе, которое не придает большого 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 связи.

#### 4.4.2. Психологические траектории пожилого человека

Психологические траектории геронтогенеза в психологическом познании осмысляется с позиций понимания получения субъективного опыта человека и его индивидуального развития в социуме в процессе жизнедеятельности.

##### *Эпигенетическая теория Э. Эриксона*

Э. Эриксон в своей эпигенетической теории описывает поэтапную систему развития человека. Психолог один из первых, по мнению специалистов, 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 смерти. И если на первом этапе перед человеком стояли задачи, которые необходимо было решать в логике двух дилемм «отчаяния» и «эго-интеграции», то на следующей фазе старения - между «смертью и бессмертием».

Кризис на данном этапе, с позиций автора концепции, - это целостностное восприятие жизненной картины, в которой человек находит смысл в воспоминаниях, либо он вместо этого оглядывается на жизнь с неудовлетворенностью.

Термин «целостности» 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 в процессе жизнедеятельности.

Кризис на данной фазе разрешается, если человек находит смыслы в определенных целях, даже в страданиях, однако, если они отсутствуют, человек испытывает неудовлетворенность, которая на фоне осознания неизбежной смерти приводит человека в отчаяние. Ситуация усугубляется на фоне снижения физической активности, здоровья, смерти супруга, финансовых проблем и т.д.

Как писал ученый 60 годам большинство людей завершают свои родительские обязанности и выходят на пенсию. В основном родительство и профессиональные обязанности занимают большую часть жизни человека, они-то и определяют, с точки зрения автора, 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.

Можно отметить, что 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, полагаются 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, нуждаемости в посторонней помощи.

*«Агрессивный тип»* -обвиняющий других, неспособный принять свой стареющий статус, не склонный к сотрудничеству, приписывающий неудачи на протяжении всей жизни, неспособный к планированию, «выплескивающий» агрессию на окружающих.

*«Ненавистный тип»* - самообвинения, видит исключительно разочарование в жизни, недостаточно приспособлен к жизни пожилого человека, «агрессия внутри» пожилого человека.

#### *4.4.3. Социальные траектории пожилого человека*

Социальные траектории пожилого человека определяют физиологические, психологические факторы, о которых мы говорили выше.

Социальные роли также будут зависеть 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 не только на мотивацию к жизнедеятельности, но отсутствие занятости влияет на изменение социального статуса человека. Снижению социальных контактов, потеря профессиональной идентичности становится фактором 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 осмысливают социальные теории.

*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 ситуация может привести к зависимости от опекунов: членов семьи, родственников, друзей, медицинских работников.

Жизнедеятельность многих пожилых людей осуществляется в домах престарелых, которые могут оказывать сильное социальное и эмоциональное воздействие на их благополучие.

Пожилые люди могут бороться с чувством вины, стыда или депрессии из-за их повышенной зависимости, особенно в обществах, где забота о пожилых людей рассматривается как бремя. Если пожилой человек должен отойти от друзей, сообщества, своего дома или других знакомых аспектов своей жизни, чтобы войти в дом престарелых, они могут испытывать изоляцию, депрессию или одиночество.

### *Теория "человек в окружающей среде"*

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 деятельностью.

Исследователь считал, что пожилого человека необходимо рассматривать, как субъекта, сохранившего определенные способности и индивидуальные сильные стороны, которые обусловлены и реализуются с требованиями окружающей среды.

Реализуемый подход "человек-в-среде" осмысляет пожилого человека в контексте динамических изменений как самого субъекта, физиологическая и психологическая динамика, так и среды, которая также постоянно изменяется. В этом сущность диалектики подхода «человек-в-среде».

Диалектический подход рассматривает способность пожилого человека чувствовать и понимать свои изменения в физиологической и психологической динамике, способность его понимать постоянно меняющиеся требования окружающей среды, которые сходятся на нем.

Теория "человек-окружающая среда" рассматривается как сложная система, представляющая собой паттерн многих подсистем, взаимодействующих друг с другом, отражающий множественность взаимодействий.

По мнению отечественных и зарубежных геронтологов, старческая астения не является обязательным «спутником» старения. Система помощи пожилым людям должна максимально способствовать здоровому старению. Значительная часть пожилого населения современного российского общества обладает существенной активностью и высоким потенциалом, сохранным здоровьем, социально значимыми навыками, знаниями, опытом, а также желанием его реализовывать, в том числе и в профессиональной деятельности. Тем самым, она представляет значимый ресурс развития общества и пожилые люди должны

иметь возможность вести полноценную жизнь, участвовать в экономической, социальной, культурной и политической жизни общества.

В этой связи, комплекс мероприятий, реализуемых социальными координаторами, должен предусматривать изучение и учет специфики пожилого возраста, дифференциацию мер и подходов комплексной геронтологической поддержки, социальной защиты в зависимости от потребностей и возможностей самих лиц старшего возраста и, таким образом, способствовать снижению факторов уязвимости людей старших возрастных групп.

### **Общие выводы**

Общие и специальные технологии кинической социальной работы направлены на решение проблем клиентов в процессе их жизнедеятельности в обществе.

В традициях социального познания имеются более широкие подходы, которые в зависимости от научных традиций, определяют это процесс как *жизненный цикл, топология жизненного пути, жизненный курс, жизненная стратегия, продолжительность жизни и т.д.*, но все эти подходы описывают системные отношения, принятые в технологии социальной работы, как «личность-в-окружающей среде».

Понимание проблемы человека в контексте его развития и инволюции в окружающей среде, является основой построения практико-ориентированных технологий, моделей оценки и понимания ситуации клиента. В этой связи концептуальное осмысление биопсихосоциальных траекторий человека является важнейшим компонентом стратегий практики социальной работы.

Современные подходы к проблемам жизненного сценария человека рассматриваются в различных областях познания. В помогающих профессиях складывается холистический подход, при котором жизнедеятельность пожилого человека осмысливается как сложный комплекс биологических, психологических, социальных процессов.

Окружающая среда осмысливается как система, которая находит отражение непосредственно в самом субъекте изменений, при этом ее влияние охватывает различные сферы человека, определяя его жизненные стратегии и планы, изменяя социальные роли и установки.

Процесс развития/инволюции человека обусловлен не только объективными факторами геронтогенеза, но и имеет особенность развития в исторической перспективе, когда поколенческие когорты привносят свои особенности в процессе социального и общественного функционирования.



## Вопросы и задания

1. Какие факторы определили подходы к жизненному сценарию человека на ранних стадиях исторического развития?
2. Какие научные концепции определили особенности осмысления жизненного сценария человека в гуманитарном познании?
3. В чем особенность подходов к жизненному сценарию человека с позиций развития - инволюции?
4. Какие факторы развития определяют жизненный сценарий человека на этапе его интеграции в общество? Раскройте особенность психосоциального развития на данном этапе.
5. Какие факторы децелерации обуславливают процессы стагнации человека на ранних этапах?
6. Какие основные фазы развития проходит человек на этапе социального функционирования?
7. В чем сущность и особенность профессионального образования на данном этапе? Какова его роль в развитии для человека и какие вероятностные последствия возможны?
8. Как стратегии карьерного роста могут отразиться на динамике развития человека?
9. Каковы механизмы развития семейного сценария в жизненном цикле человека?
10. Какие проблемные области могут найти отражение в жизнедеятельности человека при нарушении отношений между матерью и ребенком?
11. Какие особенности гендерной социализации находят отражение на данном этапе? Дайте характеристику особенностей социализации мужчин и женщин.
12. Покажите как особенности социализации могут найти отражение в социальном функционировании мужчин и женщин на более поздних этапах?
13. В чем особенность социального функционирования человека на поздних этапах его развития?
14. Какие основные проблемы характерны для данного периода развития человека?

### Выполните практические задания:

#### Ситуация 1

Полная семья: Екатерина 35 лет, имеет 2 детей. Первый ребенок родился с тяжелой умственной отсталостью, был определен в Дом-интернат для инвалидов, на 5-ти дневное пребывание. Второй ребенок родился недоношенным, постоянно болеет, требует ухода,



заботы, внимания и постоянного медицинского патронажа, работу оставила. Муж Михаил, 40 лет, много работает, озабочен отношениями в семье: жена находится в постоянном напряжении, подвержена частым депрессиям, в последнее время стала употреблять алкогольные напитки. С появлением ребенка-инвалида отношения с близкими родственниками осложнились. Екатерина считает, что близкие родственники и друзья не понимают ее положения и состояния.

### **Вопросы:**

1. Определите основную нормативно-правовую базу работы со случаем
2. Сформулируйте основные задачи по работе со случаем
3. Основные направления консультирования Екатерины

### **Ситуация 2.**

Молодая семья с мальчиком 7 лет. Мать выпускница интерната, муж инвалид с детства. У нее второй брак. Отец ребенка не известен. Планируют общего ребенка. Обратились в ТЦСО для определения уровня когнитивных способностей ребенка к обучению в общеобразовательном учреждении. Повышенная тревожность ребенка. Трудности в воспитании.

### **Вопросы:**

1. Определите основную нормативно-правовую базу работы со случаем.
2. Сформулируйте основные задачи по работе с семьей.
3. Определите модели помощи.

### **Ситуация 3**

Несовершеннолетний ребенок-инвалид, диагноз умственная отсталость. Поступил в техникум на обучение по специальности «Садово-парковое и ландшафтное строительство». Проживает в неполной семье с отцом, мать умерла. Между отцом и сыном часто возникают конфликты, поэтому мальчик во время обучения проживает в студенческом общежитии. При поступлении были проведены социальная и психологическая диагностики.

### **Вопросы:**

1. Определите основную нормативно-правовую базу работы со случаем
2. Сформулируйте основные задачи по работе со случаем.
3. Определите технологии работы со случаем.

Теории старения, представленные в этом разделе, с точки зрения современных исследователей являются, «неполными» по определению так как не могут ответить на те вопросы, которые волновало человечество с момента его осознанного существования. Среди этих вопросов – возможно ли бессмертие человека, есть ли да, то какие должны быть условия его существования. Какие биопсихосоциальные процессы лежат в основе старения теории накопления, повреждения, ограничений развития и другие только ищут подходы.

Современные теории биопсихосоциального развития рефлексуют отдельные феномены биологические, психологические, социологические, экологические и могут только осмыслить отдельные процессы, которые влияют на продолжительность жизни и объяснить механизмы старения исходя из своего дисциплинарного знания.

Американский исследователь У. Лер в конце прошлого века сделал анализ основных направлений теорий старения и пришел к следующим выводам, что несмотря на разность подходов исследования фиксируют следующие факторы, влияющие на продолжительность жизни человека:

- генетические, физиологические, биологические факторы,
- процессы социализации, воспитания, влияние родителей, школы имеют влияние на процессы старения в течении жизненного цикла человека,
- на процессы старения влияют экологические и климатические факторы,
- не менее важным фактором на продолжительность жизни играют такие факторы как профессиональное образование, социальный статус и профессия человека,
- здоровый образ жизни, пищевое поведение, физическая активность не менее важные факторы,
- профилактика заболеваний, личная гигиена является одним из условий долголетия.

Помимо биопсихосоциального подхода к проблемам старения, в новом столетии появляются интегративные подходы, которые используют различные векторы понимания проблемы, одним из таких подходов является анализ старения с позиций геротрансценденции.

С позиций данного подхода развитие человека связано со становлением его мировоззрения, которое ориентировано с ранних этапов его жизни до старости, поэтому трансцендентальный взгляд на мир является неотъемлемым процессом старения. Человеческое развитие предполагает не только динамику представлений о пространстве и времени, но и динамику страхов, в том числе и о «смерти», и об «исчезновении навсегда», «таинстве жизни», которые изменяются в системе общественных отношений. Большое

влияние на изменение этих процессов играет культурный контекст, который определяет процессы самосознания и геротрансценденции.

Остановимся на биопсихосоциальных подходах к процессам старения, которые наиболее распространены в клинической геронтологической социальной работе.

## 5.2. Биологические теории старения человека

Развитие биологических теорий старения начинается, по мнению исследователей еще с XIX столетия и не последнюю роль здесь сыграли работы Ч. Дарвина.

С расширением методов исследований биологических процессов старения человека в XX веке изменяется не только представления о механизмах старения, но и накопленные знания меняют классификацию подходов. Наиболее распространенной системой классификаций теорий старения в прошлом веке являлись стохастические теории и нестохастические теории.

Стохастические теории объясняют процессы старения с позиций случайных событий, которые со временем изменяют организм человека. Нестохастические теории объясняют процессы старения исходя из возрастных изменений, который накапливаются в процессе взросления.

В новом веке в связи с развитием теорий осмысляющих процессы старения на генном и клеточном уровне появляются новые модификации подходов, что вызывает к жизни иные классификации систематизации.

Среди различных классификаций теорий старения можно выделить подходы, которые были предложены исследователями Ян и Чен в 2005 году. В таблицы № 1 даны основные теории старения.

**Таблица 5.1.**

### Основные теории старения по уровню интеграции

Кластер познания	Теория	Авторы теории
Организмальный уровень интеграции	• Теория аутоинтоксикации	Metchnikoff, 1904
	• Эволюционная теория (теория запрограммированного старения)	Williams, 1957, Mitteldorf, 2006
	• Теория катастрофы ошибок	Orgel, 1963
	• Теория стрессового повреждения	Stlye, 1970

Органный уровень	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эндокринная теория</li> <li>• Иммунологическая теория</li> </ul>	Korenchevsky, 1961 Walford, 1969
Клеточный уровень	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Теория соматических мутаций</li> <li>• Теория клеточных мембран</li> <li>• Митохондриально-лизосомальная теория</li> </ul>	Szillard, 1959 Zg-Nagy, 1978 Brunk, Terman, 2002
Молекулярный уровень	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Свободно-радикальная теория</li> <li>• Теория накопление повреждений ДНК</li> <li>• Теория укорочения теломер (теория программированного старения)</li> <li>• Теория катастрофы загрязнения</li> </ul>	Harman, 1956 Vilenchik, 1970 Оловников, 1971 Terman, 2001
Прочие подходы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Старение как энтропия</li> <li>• Математические теории и различные унифицированные теории</li> </ul>	Sacher, 1967; Bortz, 1986 Sohal, Alle, 1990; Zg-Nagy, 1991; Kowald, Kirkwood, 1994

Остановимся на некоторых теориях, объясняющих процессы старения на уровне биологических подходов.

### 5.2.1. Эволюционная теория старения

Эволюционная теория была предложена в конце XIX столетия *А. Вейсманном* и модернизирована в 2006 году *Дж. Миттельдорфом*. В основе подходы ограниченного целеполагания жизнедеятельности, когда ради сохранения ресурсов для более молодого поколения, исходя из «групповой выгоды», жизнь человека ограничивается в результате эволюционных процессов.

Однако данная теория, как считают ее критики, имеет определенное противоречие. Экономия ресурсов предполагает более короткие циклы жизни, а не длительный процесс старения, как это наблюдается в мире животных и человека. Так, например, женщина еще может прожить 40- 50 лет после репродуктивного периода (15-45 лет), что противоречит процессам «групповой выгоде».

Несмотря на данные возражения, в этом контексте существуют еще ряд теорий, которые развивают эволюционные подходы:

- теория накопления мутаций,
- теория плейтропии,

- теория одноразовой сомы.

*Теория накопления мутаций* исходит из того, что в старом организме происходит слабый отбор приспособляемости, что допускается широкий спектр мутаций генов в соматических клетках, которые оказывают вредное влияние на организм в целом. Критики данного подхода считают, что мутации происходят после репродуктивного возраста и они не могут повлиять на последующие изменения.

*Теория антагонистической плейтропии* имеет предположение, что могут существовать гены с плейтропными эффектами, положительно воздействующие на ранних стадиях развития, и негативно в более позднем возрасте. Однако как показали дальнейшие исследования такие гены не существуют. Более того, как показали дальнейшие исследования органы человека могут сохранять свою функциональность более шестидесяти лет, даже при условии старения.

*Одноразовая теория сомы.* В основе представления о том, что организм должен планировать свою энергию для процессов метаболизма. Существуют некоторые приоритеты, так энергия необходима для размножения больше, чем поддерживать состарившее тело. Отсюда делается предположение, что недостаточное восстановление приводит к вредным изменениям организма в процессе старения.

### **Теория свободных радикалов**

Согласно данной теории свободные радикалы являются основными источниками старения, поскольку они вызывают повреждения клеток. Молекулы свободных радикалов образуются в клетках в качестве побочных продуктов определенных биохимических реакций. У данной теории есть как сторонники, так и противники.

Исследования сторонников данной теории доказывают, что свободные радикалы не имеют продолжительного нахождения в клетке, поскольку они либо удаляются, либо деактивируются, внутриклеточными антиоксидантами для поддержания внутриклеточной стабильности. Даже, если они и подвергаются повреждению они могут восстанавливаться, при этом не обязательно изменяется структура и функции тканей, в случае невозможности восстановления, эти клетки не имеют существенного влияния на процессы старения.

Исследования других ученых на простейших организмах доказали, что анти-свободные радикалы могут увеличивать продолжительность жизни у дрозофил и круглых червей.

#### *5.2.2. Теории старения клеток/теория теломер*

Согласно данной теории уменьшение количество клеток является причиной старения. Эта концепция подвержена открытием теломер. Теломеры – это конечные части хромосом, которые выполняют функции защиты и регулирования деятельности хромосом. Во время репликации, двух дочерних молекул ДНК, концевая часть шаблонной ДНК в теломере используется для синтеза новой ДНК, что приводит к сокращению теломеров после каждого периода дупликации ДНК и деления клеток. Синтез ДНК и деление клеток прекращается при условии, когда теломер становится слишком коротким. На этом основании была предложена теория старения клеток.

Однако, как показали дальнейшие исследования, что «жизнь теломеров» продлевается за счет теломеразы, рибонуклеопротеидного комплекса, который продлевает теломеры, и он вырабатывается в зародышевых и опухолевых клетках.

Дальнейшие исследования на животных показали, что нет никакой последовательной связи между длиной теломеров и продолжительностью жизни. По мнению ученых

- потенциал клеточного деления контролируется различными факторами,
- уменьшение числа клеток не является единственным изменением в состарившей ткани,
- большинство наших органов могут воспроизводить клетки для «ремонта» даже после 70 лет.

### 5.2.3. Теория генного контроля

Согласно данной теории старение определяют гены, управляющие старением. Теория генного контроля близка по своим основаниям теории генопрограммированию, в основе которой процесс старения запрограммирован также, как и процесс развития. В основе данного подхода наблюдения за определенными видами моллюсков. Так самки осьминога быстро погибают после размножения, в основе этого феномена гормональная сигнализация, при которой смерть запрограммирована.

Ученые опровергают идею запрограммированного старения, поскольку необходимо выяснить соотношение генов, связанных со старением, и генов, связанных с продолжительностью жизни. Близка данной теории, теория старения и развития, которая базируется на тех положениях, что механизмы генов развития и старения имеют общие основания. Однако, как считают исследователи, данные подходы имеют следующие противоречия:

- данные теории игнорируют влияние повреждений на старение,
- теории не проясняют природу процессов развития и старения,

- влияние изменений развития на продолжительность жизни не является существенным путем замедления старения.

### Теория накопления

Согласно данной теории старение определяется накоплением «дефектов», которые накапливаются в течении жизнедеятельности человека на клеточном и молекулярном уровне, что на определенном этапе приводит к «ограничениям в обслуживании и ремонте организма». Базовый концепт «повреждение» не имеет четких границ и определений, что приводит, по мнению критиков данного подхода, к размытости понимания дефектов, которые приводят к старению, и дефектов, которые приводят к смертельному исходу. Отсутствие дифференциации в «накоплении разломов», делают данную концепцию уязвимой.

## 5.2. Психологические теории старения

Становление психологических теорий старения начинает оформляться в 20-30-х годах XX столетия. Первые работы были связаны с исследованиями *Г. Холла* (1922), а также психологов *Шарлотт Бюлер, К. Юнга, У. Майлза* в 30-е годы. Однако полномасштабные исследования в данном направлении начинают формироваться только после Второй мировой войны.

В развитии психологии старения условно можно выделить две парадигмы: парадигму геронтогенеза, используя терминологию профессора Александровой, данная парадигма рассматривает психологическое старение, как процесс ослабления функций человека в контексте финального этапа психического развития, «чистый психологический конструкт».

И осмысление процессов старения в контексте биопсихосоциальных изменений, где психологические доминанты рассмотрены в контексте с другими факторами: медицинскими и социальными, что отражает тенденции холистического мышления рубежа веков.

Конечно же теоретические психологические подходы невозможно отделить от процессов социальности и биологических процессов изменения человека в реалиях времени, тем не менее подходы к адаптивным изменениям, к утрате и сохранению способностей, социальному и когнитивному функционированию теоретики в данных парадигмах подходят на основе разных установок и концептуальных оснований.

### 5.2.1. Парадигма психологических теорий старения в логике геронтогенеза

Условно данные психологические теории старения европейский исследователь *Й. Шроотсу* разделил на классические (40-70-е годы), модернистские (70-80-е годы), и новые психологические теории ((90-е годы по настоящее время).

Таблица 5.2.

### Психологические теории старения

Классификация теорий	Психологические теории	Автор/авторы
Классические теории	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Теория задач/теория деятельности.</li> <li>• Психосоциальная теория развития личности.</li> <li>• Теория двойников</li> <li>• Теории разъединения/Активности</li> <li>• Теория индивидуального старения</li> <li>• Когнитивная теория личности и старения</li> </ul>	Havighurst (1948) Erikson (1950) Birren (1960) Cumming & Henry (1961) Neugarten (1968) Thomae (1970)
Модернистские теории старения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сокращения ресурсов</li> <li>• Личность и старение</li> </ul>	Salthouse (1985,1988,1991) Erikson (1950); Levinson (1978); Costa & McCrae (1988,1992)

Однако тематика психологии старения сегодня более разнообразная и она включает такие сегменты познания как: психология одиночества, поведенческие особенности пожилого человека в результате ослабления когнитивных функций, ролевое поведение пожилого человека, вышедшего на пенсию, психологию пожилого человека в ситуации горя и утраты, и ряд других направлений, на которых частично остановимся в других разделах и главах.

#### 5.2.2. Классические психологические теории старения

##### *Теория задач/теория деятельности*

В 1948 году американский ученый *Р. Хэвигхерст* опубликовал исследование о развитии человека с ранних этапов до преклонного возраста. В основе концепции лежали подходы, в соответствии с которыми человек на протяжении своей жизни решает в



определенный период ряд необходимых задач. Эти жизненные задачи имеют определенную обусловленность:

- биологическую обусловленность (физическое развитие),
- психологическую обусловленность (стремление или ценности),
- культурную обусловленность (ожидания общества).

Успешная реализация задач на жизненных этапах приводит к благополучному решению задач на последующих этапах, неудачи осложняют их реализацию, вызывают неодобрение со стороны общества. Определяя ряд задач на каждом этапе жизненного пути, которых шесть, ученый выделяет последний период жизни человека после 70 лет, где происходит оценка профессиональных достижений человека.

### *Психосоциальная теория развития личности*

Психологическую концепцию жизненного цикла человека была представлена в 1950 году психологом *Э. Эриксон*, в основе которой лежит представление о развитии на основе конфликта между индивидом и социальном окружении, разрешение противоречия возможно на основе интеграции индивидуальных потребностей с потребностями общества. Неспособность интегрироваться приводит ущербному становлению человека. Стадии развития, а их у автора восемь, не привязаны к возрастным этапам формирования человека, но каждый период определен с понятием Эго-интеграции, когда индивид разрешает либо не разрешает существующий конфликт. Последнюю стадию развития Э. Эриксон обозначил как позднюю зрелость. На одном полюсе котором эго-интеграция, или мудрость, где «беспристрастный интерес к самому факту жизни перед лицом самой смерти. Мудрость поддерживает и передает интеграцию опыта, несмотря на упадок телесный и умственный». На другом полюсе – отчаяние, осознание того, что ты не можешь ничего изменить.

### *Теория копирования*

В 1960 году психолог *Джеймс Биррен* обосновывает общую теорию старения. В основе концептах лежали наблюдения над поведением пожилых людей, которые со временем становятся медлительными, у них изменяется «скорость поведения», этот показатель стал своеобразным «маркером старения». В этом контексте старение рассматривается как преобразование биологического и поведенческого развития организма в различных экологических контекстах. Ученый выделял восемь фаз в развитии человека. (см. Таблица 2)

Таблица 5.3.

Фазы развития человека по Дж. Биррену

Фаза развития	Возрастная периодизация
Первая фаза	Младенчество (до 2 лет )
Вторая фаза	Предшкольный возраст (от 2 до 5 лет)
Третья фаза	Детство (5-12 лет)
Четвертая фаза	Юность (12-17 лет)
Пятая фаза	Ранняя зрелость (17-25 лет)
Шестая фаза	Зрелость (25-50 лет)
Седьмая фаза	Поздняя зрелость (50-75 лет)
Восьмая фаза	Старость (от 75 лет)

Психологическая теория старения *Дж. Биррена* построена по аналогии психологии развития. В концепт «копирования» раскрывается через представления о том, что существуют скрытые структуры поведения (эмоции, когнитивные способности, мотивация) которые переносятся из предыдущего опыта и они взаимодействуют с текущей жизненной ситуацией. Теория Дж. Биррена включила проблемы взаимоотношений в течении жизненного цикла, уделила внимание организации поведения в контексте взрослой жизни и поздней зрелости, а также старости. Как считал исследователь, поведенческие паттерны могут быть вовлечены в процесс копирования в позднем возрасте, через механизмы естественного отбора. При этом институт родительства способствует воспроизводству копий моделей поведения, так берут на себя защиту молодежи в раннем возрасте, что позволяет в позднем возрасте последним воспроизводить «позитивные модели поведения» до тех пор, пока последующая «репродукция не будет завершена».

### *Теория разъединения/активности*

В основе подходов психологов *Э. Камминг* и *У. Хенри* лежат предположения о том, что с возрастом люди отходят от сложившихся ролей и видах деятельности, такой процесс начинает осуществляться со среднего возраста и старше. Этот психический процесс естественный, связан с развитием человека, с его «перестройкой» ценностных отношений и уменьшением эмоциональной вовлеченность в жизнедеятельность других людей, которая происходит на фоне растущей озабоченности индивидуальными субъективными потребностями и проблемами.

Претензии теории на объяснение общих психологических механизмов старения, подвергается критике со стороны противоположной теории, *теории активности*, в основе которой концепты развивающих задач. Эмпирические данные и исследования показали, в частности того же *Р. Хэвигхерста*, что позитивное самоощущение возможно, если пожилые люди научатся решать новый комплекс возрастных задач и изменят сложившиеся роли, на

роли пожилого человека. Именно он, как считают исследователи ввел понятие в 60-х годах «успешное старение».

### *Теория индивидуального старения*

Концепция *Бернис Л. Нойгартен* построена на подходах к жизненному циклу человека, в котором выделяются две доминанты:

- переходные события в жизни индивида и принятие новых жизненных ролей,
- типология личности как предиктор успешного старения.

*Жизненные события* обычно планируются, например, брак, материнство, отцовство. Эти события связывают с возрастом, они имеют определённую последовательность в жизнедеятельности человека. Вместе с тем неожиданные события могут вносить существенные коррективы в процесс течения жизни, ими могут быть, например, несчастные случаи, смерть родных и близких, вдовство и т.д., что может приводить к кризисам и изменениям Эго-идентичности. Тем самым случайные факторы влияют на процессы жизнедеятельности человека, в том числе и на процессы старения, что делает схемы поэтапного развития человека несостоятельными. Случайности не только изменяют «схемы» жизнедеятельности, но могут выступать своеобразными триггерами активизирующие различные процессы, в том числе и процессы старения.

*Типология личности* является не менее важным фактором в моделях старения, она выделяет восемь моделей старения, при этом процессы адаптации являются ключевыми в концептах «успешного старения» в ее подходах. Успешное старение она видела не только в адаптации к биологическим, но и социальным изменениям, которые происходили в течении жизни, но и в активной позиции по созданию собственных моделей жизни, которая бы приносила удовлетворение, когда «мужчины становятся более восприимчивыми, мягкими и заботливыми, а женщины — более отзывчивыми и перестают чувствовать себя виноватыми в агрессивных и эгоцентристских побуждениях».

### *Когнитивная теория личности и старения*

Фокусируясь на психодинамике старения немецкий психолог *Ганс Томе* описал личность пожилого человека, которая призвана интегрировать различные перспективы биологические, социальные в свою текущую жизнедеятельность.

Центральными понятиями его теории является «психология повседневности», где восприятию ситуации и идентичности ЭГО уделяется особое значение. Восприятие действительности, по мнению автора, связано не с только с объективными изменениями, сколько с субъективными ожиданиями стареющего человека, где доминируют повседневные заботы и ожидания. Задача пожилого человека — это найти оптимальный

индивидуальный баланс между когнитивной и мотивационной системой, например, принятием себя как пожилого человека, либо отказаться от этих установок.

### 5.2.3. Постмодернистские психологические теории старения

#### *Теория сокращения ресурсов*

В середине 80-х начале 90-х годов в психологической теории старения было признано, на основе исследований, что существует возрастное снижение когнитивных функций человека. Среди всевозможных объяснений данного феномена, широкое распространение получила концепция сокращения ресурсов, в основе которой представления о снижении ресурсов обработки информации таких как объем рабочей памяти, внимания, скорость обработки информации.

Американский психолог *Тимоти А. Солтхаус* выдвинул теорию когнитивного старения, в основе которой подходы лежат представления о ресурсах обработки информации в пожилом возрасте. В ряде экспериментов с пожилыми людьми ученый со своими коллегами сосредоточились на скорости обработки информации как объяснительном конструкте когнитивного старения. На основе полученных данных они сделали вывод, что скорость обработки информации связана как с изменениями в нейронной структуре мозга человека с одной стороны, и когнитивными процессами, такими как рассуждение и абстракция, с другой стороны, что нашло проявление у пожилых людей. Однако в результате экспериментов не было ответа на фундаментальный вопрос почему происходит снижение ресурсов, и как это находит отражение на когнитивной деятельности.

#### *Личность и старение*

Как считают зарубежные исследователи в этой теоретической парадигме психологии старения существуют два основных направления: направление, связанное с теорией развития, а другое с теорией личностных черт человека.

*Теории развития человека* традиционное направление для психологической рефлексии. концепции *Э. Эриксона, Д. Левинсона* осмыслиют развитие человека на всех стадиях развития, в том числе и на поздних этапах. Эта традиция дала толчок для различных направлений психосоциальных теорий старения, в основе которых влияние негативных переменных в психическом развитии человека.

Среди моделей данного направления можно обозначить, в качестве примера, модель выученной зависимости.

В основе данного подхода зависимость от старости человек приобретает в результате не столько от биопсихологических детерминант старения, сколько от давления окружающей среды, психосоциальных условий. Зависимость у пожилых людей формируется в результате различных социальных случайностей, которые включают в себя разнообразные виды подкрепления в виде пренебрежения или наказания, за стремление к независимости, что отличает данную модель от теории Селигмана, где зависимость рассматривается как потеря.

*Теории признаков* представляют другую традицию. психологические многолетние исследования показали, что как правило личностные черты с возрастом стабильны, тогда как такие доминанты личности как цели, ценности, убеждения, стили совладания поддаются изменениям. Как считали такие исследователи как *П. Коста, Р. Маккрей* такие диспозиции как нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, приятность и добросовестность, демонстрируют высокую степень устойчивости и во второй половине жизненного пути человека. При этом наблюдается расширение признаков по таким направлениям как изменение локус-контроля, и Я-концепции человека.

#### *Психологическая парадигма успешного старения*

Психологическая наука не только находилась и находится в поисках объяснения механизмов старения, но и изучает психологические основания успешного старения. Данная традиция в XX веке идет от работ *Р. Хэвигхерста*, который как считают исследователи ввел понятие в 60-х годах «успешное старение». Сегодня в западном познании оформилось целое направление различных теорий, в основном мультидисциплинарных, где «успешному» старению отводится особое место. В данном разделе мы остановимся лишь на некоторых, часть данных подходов будут рассмотрены применительно к практике общей и клинической геронтологической социальной работе.

#### *Теория индивидуализма*

*Карл Юнг*, швейцарский психолог, проблемы старения и успешного старения рассматривал с точки зрения хронологического подхода развития человека. Как и другие психологи он выделял определенные возрастные периоды человека, среди них детство, молодость, молодую зрелость, средний и пожилой возраст.

В основе личности лежат следующие структуры эго, личное бессознательное и коллективное бессознательное. Личность человека ориентируется либо на внешний мир, (экстраверт), либо на внутренний мир переживаний (интроверт). Для психического здоровья человека большое значение имеет баланс между двумя этими силами.

С точки зрения *К. Юнга*, с периода среднего возраста начинается переоценка ценностных ориентаций, убеждений, он ее обозначил как «фазу кризиса среднего возраста», которая достаточно дискуссионная, и принимается не всеми психологами. Тем не менее эта фаза жизни человека достаточно подвижна от человека к человеку, длится несколько лет, на протяжении данного времени осуществляются поиски «истинного Я», этот период, когда человек на уровне индивидуального опыта сталкивается с процессами старения.

Ученый считал, что данный процесс, осознания процессов старения, не обязательно травматичен, однако этот период, когда индивидуум начинает искать изнутри себя, а не сколько в обществе. В этой связи успешное старение, с точки зрения *К. Юнга*, когда человек смотря «внутрь себя» и ценит себя, принимая прошлое не только на уровне достижений, но и нереализованных поступков, желаний, идей и эти смыслы приобретают большее значение, чем наступающие текущие ограничения или потери.

#### *Модель селективной оптимизации и компенсации развития на протяжении всей жизни*

Развитие данной психологической модели было положено *Полом Б. Балтесом* через серию исследований людей на протяжении их жизни. В контексте подходов психологии развития «старение» и «развитие» в контексте жизненного цикла человека рассматриваются как синонимы поведенческих изменений. Исходя из таких установок ученый выделяет семь базовых положений, которые легли в основу психологической теории старения:

- существуют значительные различия между нормальным, патологическим и оптимальным старением, последнее определяется как старение в условиях окружающей среды, благоприятной для возрастных изменений,
- протекание старения демонстрирует большую межиндивидуальную изменчивость (гетерогенность),
- в пожилом возрасте существуют большие скрытые резервные возможности;
- старение происходит в диапазоне резервных возможностей или адаптивности;
- индивидуальное и социальное знание (кристаллизованный интеллект) обогащает ум и может компенсировать возрастное снижение подвижного интеллекта (возрастные потери);
- с возрастом баланс между выгодами и потерями становится все более отрицательным,
- личность в старости остается устойчивой системой преодоления и поддержания целостности.

Данные концепты легли в основу психологической теории, в центре внимания которой находится процесс адаптаций к изменениям, управление между прибылью и потерями. В основе этого процесса лежат три психологических механизма: отбора, оптимизации, компенсации.

*Механизм отбора.* Действие его связывают с возрастанием ограничений областей функционирования из-за потери адаптивного потенциала.

*Механизм оптимизации.* Паттерны поведения в контексте жизненного цикла человека направлены на увеличение и обогащение резервов и ресурсов, для обеспечения в качественном и количественно отношении текущую жизнедеятельность.

*Механизм компенсации.* Данный механизм является результатом ограничений в диапазоне адаптивного потенциала. Активизация данного механизма, по мнению Пола *Б. Балтеса*, начинает осуществляться тогда, когда поведенческие способности человека утрачиваются, либо находятся ниже соответствующего уровня, необходимого для адекватного функционирования.

В качестве примера действия данного механизма ученый приводит свидетельства совладения с функциональными ограничениями пианиста А. Рубинштейна, как тот побеждал слабости старения (адаптации) в своей игре на фортепиано. Во-первых, он сокращал свой репертуар и играл меньшее количество пьес (отбор); во-вторых, он практиковал их чаще (оптимизация); и в-третьих, он замедлял свою скорость игры перед быстрыми движениями, тем самым создавая контраст, который усиливал впечатление скорости в быстрых движениях (компенсация).

Из данного примера видно, как механизмы селективной оптимизации и компенсации, дают возможность человеку «успешно совладать и восполнять возрастные ограничения».

### 5.3. Социологические теории старения

Социологические теории старения осмысляют пожилого человека в контексте социальной проблематики. Различные отечественные и зарубежные ученые рассматривают пожилой возраст как определенную стадию социализации человека. При это в зависимости от теоретической традиции процесс старения будет осмысляться в логике научных подходов, принятых в социологическом познании.

Наиболее традиционный подход рассмотрение старения человека на уровне социологического подхода это рассмотрение данных феноменов в логике макро и микроподходов.



С точки зрения представителей западных школ социологии, такими как например, *В. Маршалл, К. Шайе* и других, основными теориями макро и микроуровней являются:

- теории структурализма,
- теории политической экономии,
- теории жизненного пути,
- антропологические теории.

### *5.3.1. Структурализм и теории старения*

Социологическая анализ общества с точки зрения социальной структуры определяется как структурализм. Понятие восходит к латинскому слову «struere», что означало «строить» или «соединять». В социологическое познание данный термин, который широко был распространен в архитектуре, был включен английским социологом Гербертом Спенсером. Несмотря на различные направления в структурализме, по мнению исследователей у них есть общие системные характеристики:

- объект исследования осмысливается как система, где определяются их функции и значения для целого,
- исследование строится вокруг описания и объяснения внутренних отношений и строения системы.

Применительно к проблемам старения этот подход наиболее распространен в демографии. Наибольшие споры ведутся в системном поиске роста населения, соотношением иждивенцев и экономическим ростом. Это подходы макроуровня, где в центре внимания структурные общественные переменные и паттерны поведения социальных групп. Наиболее обсуждаемыми теориями в контексте старения является *теория демографического перехода, теория старения в контексте модернизации, а также современные подходы к старению в контексте «цифрового разрыва».*

В основе данной теории лежат представления об изменении уровня рождаемости и смертности, равновесие которого зависит от индустриализации общества. Исследователи определили четыре стадии развития общества, где осмысливается причины уровней рождаемости и смертности и их соотношения.

*Первая стадия доиндустриальная.* Эта стадия общественного развития, которая формировалась тысячи лет. Она характеризуется высокой рождаемостью и смертностью, которые колебались вокруг одних и тех же величин, что темпы естественного прироста населения практически были нулевыми. Эта стадия описывается как эпоха мальтузианского зстоя, предэмоциональная стадия, эпоха чумы и голода. В основе этих подходов утверждения, что в данный период такие социально-экономические условия как плохая



медицина, гигиена, антисанитария, рост заболеваний, неадекватное питание, голод, ставили население на грань выживания, что и определяло рост населения около нулевых отметок.

Таким образом данный этап характеризовался высоким коэффициентом рождаемости и высоким коэффициентом смертности.

*Вторая стадия промежуточная, ранний индустриальный период.* Характеризуется демографическим взрывом, в основе которого, как считают исследователи промышленная революция. Прирост населения увеличивается за счет снижения смертности, которая в свою очередь зависела от общим улучшением условий жизни, лучшей медициной, доступом к чистой воде, улучшением санитарии, увеличением продовольствия. Эти условия определили не только изменение продолжительности жизни, но и способствовали «демографическому взрыву», где уровень рождаемости был высоким на протяжении длительного времени.

Как считают исследователи данный период характеризовался высоким коэффициентом рождаемости и низким коэффициентом смертности, что способствовало быстрому приросту населения.

*Третья стадия замедления роста, период зрелого индустриализма.* На этой стадии коэффициент рождаемости падает, при низких коэффициентах смертности. Как считают исследователи это процесс был обусловлен тенденциями «индивидуальных предпочтений» среди которых вступление женщин в трудовую деятельность, улучшение образования и медицины, доступность контрацепции. Общая тенденция иметь меньшее количество детей в целях повышения/ поддержания уровня жизни.

*Четвертая стадия описывается как постиндустриальное общество.* Эта эпоха отсроченных дегенеративных заболеваний, где наблюдается баланс между рождаемостью и смертностью, которые на сегодняшний день имеет низкие показатели во всем мире. Низкая рождаемость объясняется предпочтениями населения в стремлении к качеству жизни. По мнению специалистов на этом этапе влияние инфекционных заболеваний на демографическую ситуацию незначительное, но возрастает влияние таких факторов как ожирение, употребление психоактивных веществ, автомобильных и техногенных аварий, убийств и самоубийств, что влияет на картину и коэффициенты смертности.

Данная теория существует не одно десятилетие, у нее есть как последователи, так и критики. Среди критических взглядов на данную теорию выдвигаются следующие основные утверждения:

- исторические демографические исследования на уровне отдельных стран не укладываются в периоды теории демографического перехода,

- исследованиями не обнаружено прямой корреляции между промышленной революцией рождаемость и смертностью населения,
- численные колебания между рождением и смертностью не оказывают влияние на рост населения.

### *Теория старения в контексте модернизации*

Структурно-функционалистский подход к старению был связан с исследованиями социологов в 60-х годах, в результате которых было обнаружено, что статус пожилого человека в обществе снижается. Этому способствовали такие факторы как урбанизация, индустриализация, бюрократизация, переход от расширенной семьи к супружеской, увеличение свободного времени и продолжительности жизни.

Новые социально-экономические реалии изменили жизнедеятельность человека, данные факторы позволило отдельным исследователям утверждать о том, что «пожилую человеку нет места для деятельности в обществе».

Теория модернизации в контексте старения была предложена *Дональдом Каугиллом* и *Лоуэллом Холмсом* в 70-х годах XX века. Исследователи предположили, что по мере изменения общества, с переходом от фермерского к ремесленному производству, статус пожилых людей будет снижаться. Они выдвинули четыре фактора, которые изменили статус пожилых людей:

- технологии здравоохранения,
- экономические и промышленные технологии,
- урбанизация,
- образование.

С позиций исследователей, технологии здравоохранения играют двоякую роль в жизнедеятельности пожилого человека. С одной стороны, они увеличивают продолжительность жизни пожилого человека, с другой спрос на их услуги на рынке труда падает, поскольку работодатели предпочитают молодых работников с новыми компетенциями, чем пожилых со старыми. При выходе на пенсию не только потеря дохода, но и возможность участия на рынке труда приводит к снижению статуса пожилых людей.

Модернизация в области экономики и промышленности приводит к другим противоречиям. Если в традиционном обществе старшие члены семьи контролируют семейное производство и младшее поколение зависят от старших, то получение профессии в современном обществе не зависит от старшего поколения. Компетенции в профессии формируют и контролируют государственные структуры, они определяют новые профессии, направляя молодежь в те сферы и на те рабочие места, которые необходимы

потребностям рынка и отдельным производствам. А это в свою очередь ограничивает или исключает пожилых людей из производственной сферы и изменяют их статус.

Расположенность производства находится в городах, что приводит к миграции молодежи из сельской местности, тем самым подрывается традиционная семья, что приводит к дистанцированию между поколениями., снижается роль пожилых людей.

Ориентированность знаний на детей приводит к разрыву базы знаний между поколениями, развитие науки и техники делают устаревшими многие знания предшествующих поколений, снижая навыки пожилых людей, которые раньше способствовали их высокому социальному статусу.

Теория модернизации имеет как своих сторонников так и своих критиков.

Среди позитивных подходов необходимо выделить те, которые утверждают, что теория модернизации должна способствовать развитию исследований по различным направлениям, что необходимо осмыслить историческую и социальную динамику роли и статуса пожилых людей в современном обществе, выяснить сложные связи изменения статуса пожилого человека в обществе.

Критики теории модернизации считают, что данная теория построена на ошибочных предположениях о статусе пожилых людях в «золотом веке», традиционном обществе. Достаточно спорные линейные доказательства прямого влияния образования, экономики, технологии на изменений статуса пожилых людей в обществе. Антропологические данные о роли пожилых людей в современном обществе существенно коррелируются в зависимости от культурных особенностей наций и народностей.

### *5.3.2. Политэкономические подходы к старению*

Данные подходы объединяет те воззрения, что социальные структуры и социальные силы имеют большее влияние на проявление старости в обществе, чем структурные или групповые процессы. Значение данных подходов в том, что они дают представления как политические и экономические структуры определяют место пожилого человека в обществе.

Марксистское влияние имеет определенное место в социологическом познании его концепты о средствах производства, социальных изменениях, классовых подходов к общественным конфликтам, критике капиталистической идеологии находят отражение в контексте проблем возраста и старения.

Современный неомарксистские подходы имеют различные версии в подходах к пожилым людям, они рассматривают положение и статус пожилых людей как в

«традиционных схемах», классовом подходе и эксплуатации, так и в подходах, связанных с общественными проблемами «цифрового капитализма».

Согласно исследованиям британского социолога *Сары Арбер*, в основании социологических теорий пролетаризации и теории неизменчивости статуса на рынке рабочей силы лежат марксистские концепты общественных классов. Согласно данным теориям пожилые люди составляют антагонистическую группу, которая представляет собой пролетарские массы, которые подвергаются эксплуатации, дискриминации и стигматизации. На статус и экономическое положение пожилого человека, особенно на пенсии влияют как предыдущие места работы, так уровень дохода, определяющий место пожилого человека в структуре социальных отношений.

В этой связи, исследователь анализирует различные сценарии жизнедеятельности пожилого человека, в контексте социально-ролевой дифференциации, определяющей место и статус пожилого человека в системе координат капиталистического общества.

Так, например, ранний запланированный уход на пенсию имеет менее драматические последствия, чем пенсия на основе сокращения, которая определяет маргинальные сценарии для пожилого человека.

Недостаточность ресурсов пожилого человека будет определять не только его объемы пенсии, но и социальный статус, так представители среднего класса будут меньше зависеть от государственных пенсий, что расширяет границы его свободы в пожилом возрасте.

Пожилые люди как общественный класс в контексте современных форм эксплуатации рассмотрено в подходе американского социолога *Эрика Райта*.

Согласно неомарксистской концепции в основе современной эксплуатации и формировании класса лежат три группы факторов:

- *обратное взаимозависимое благосостояние*: материальное благополучие одной группы людей, на основе причинно-следственных связей зависит от материальных лишений другой группы,
- *исключение*: эксплуатируемые лица асимметрично лишены доступа к определенным производственным ресурсам (часто в силу имущественных прав),
- *присвоение*: те, кто контролирует производственные ресурсы, присваивают плоды труда эксплуатируемых.

Э. Райт считает, что, несмотря на то, что пожилые люди не эксплуатируются, но они исключаются из системы доступа не только к производственным, но и управленческим,

политическим, образовательным и другим ресурсам, и тем самым они экономически угнетаются капиталом.

При «информационном капитализме» формы наемного труда, как и технологии эксплуатации, имеют различные проявления. Как считают исследователи, такими формами эксплуатации могут быть организационные технологии, к ним относят:

- производство и распространение информации,
- организация и реализация коммуникаций,
- организация и реализация социальных отношений между различными группами и ряд других интеракций.

К одним из видов эксплуатации, представители марксистского феминизма *М.Хардт* и *А. Негри* относят различные формы неоплачиваемого труда. Исследователи относят таких работников к «репродуктивным работникам труда», которые эксплуатируются при «информационном капитализме» бесплатно. К ним они относили пожилых пенсионеров, которые «эксплуатируются в той мере, в какой они выступают в качестве неоплачиваемых репродуктивных работников в таких сферах, как семья, социальное обеспечение, уход на дому и образование».

Вопросы, которые ставит политэкономическая теория старения это не только вопросы эксплуатации, но и вопросы маргинализации пожилого населения, особенно в эпоху цифровых технологий.

Так, исследование, проведенное в Нидерландах, показало, что старшее поколение достаточно чувствительно относится к цифровым технологиям, они:

- чувствовали себя слишком старыми, чтобы использовать их – 26%,
- не нуждались в них 22%
- не обладали достаточными навыками- 15%.

Как показывают американские исследования, чем старше человек, тем меньше вероятность, того, что он станет пользоваться Интернетом. Проблемы, которые в связи с этим возникают, уже больше не связаны с проблемами «имущих» и «неимущих», а в большей степени «кто может», а кто не может «владеть цифровыми технологиями».

Если посмотреть на российскую статистику, то зарубежные исследования во многом коррелируются, в том числе и с российскими реалиями. Так по данным официальной статистики в 2011 году только 30,5% лиц в возрастной группы 55-59 лет имели выход в интернет, а в группе 70 лет и старше- 5,7%, при чем, в этих группах мобильный телефон соответственно имело 14,7%, а в старшей группе подтверждения не обнаружено.

Несмотря на то, что ситуация в 2016 году в процентном соотношении изменяется, тем не менее обозначенная тенденция сохраняется. В возрастной группе 55-59 лет имели

выход в Интернет – 60,1% респондентов, то в возрастной группе 70 лет и старше 14%, мобильный телефон в этих группах имели соответственно 26,2%, и 3,1% в старшей группе.

Для современного поколения «отцов», особенно старшего поколения, характерны специфические страхи, которые характерны для представителей данного поколения в различных странах. «Технофобии», страх или неприязнь к электронным устройствам среди населения старших групп, например, в США достигает до 30% пользователей Интернета.

Еще в начале XX века *М. Мид* выдвинула теорию о взаимодействиях подрастающего и старшего поколений, как взаимодействию различных культур. Она выделяла постфигуративную, кофигуративную и префигуративную культуру. Если в первых двух культурах младшее поколение учится у старших, то в последней культуре старшее поколение учится у младшего, поскольку инновации настолько быстро сменяют традиционные подходы к опыту жизнедеятельности, что старшее поколение просто не успевает его осмыслить, а тем более транслировать подрастающему поколению.

Концепты *М. Мид* о различных типах поколенческих культур применительно к проблеме «цифрового разрыва» раскрывают новые парадоксы исторических когорт. Младшее поколение, в контексте цифровой цивилизации, всегда будет позднее, в силу причин биопсихосоциального развития (временной исторический разрыв поколений) включаться в процессы «использования» цифровых технологий.

Однако, включаясь позднее в освоение цифровых технологий молодое поколение овладевает последними версиями, в то время, когда «старшее поколение» осваивало и приобретало необходимые профессиональные компетенции на более ранних версиях цифровых технологий.

Отсюда объективный «технологический разрыв» будет всегда воспроизводить ситуацию, при которой младшее поколение «учит старшее», а опыт старшего поколения не будет иметь ценности и актуальности для последующих поколений.

Социологические теории данного уровня осмыслиют современные процессы межпоколенческих конфликтов, вскрывают их генезис, анализируют современные общественные конструкции, которые наносят ущерб социальной интеграции различных социальных групп и поколений общества.

«Пенсионеры» как социальная группа неоднозначно анализируется в западной научной литературе, однако и крайне правые политики и политики крайне левых взглядов, рассматривают пенсионеров, прежде всего, как «экономический класс», подвергающейся дискриминации и эксплуатации в современном цифровом обществе.

## Теории жизненного пути

Теория жизненного пути – это подход, который описывает микропроцессы, которые приводят к индивидуальному старению человека. Данные теории возникали в контексте представлений, что старение происходило в контексте социальных изменений. Теории жизненного пути формируются, как считают зарубежные исследователи вокруг трех основных принципов:

- старение и структура жизненного пути зависят от природы общества, в котором реализуется жизнедеятельность человека,
- социальное взаимодействие на ранних стадиях жизнедеятельности имеет решающее значение на протяжении всей жизни,
- социальные силы имеют постоянное влияние на жизнедеятельность человека на протяжении всей его жизни, в любой момент времени.

Такие установки дают возможность осмыслить жизнь человека в ее целостности от рождения до смерти, рассматривая как процессы развития, так и инволюции в контексте социальных трансформаций человека. С другой стороны данный подход позволяет рассматривать общие и специфические характеристики когорт, в их проявлениях в зависимости от общественного развития. При этом индивидуальные и специфические свойства и качества человека учеными осмысляются в устойчивых координатах биопсихосоциального развития.

Теория жизненного пути это междисциплинарный подход, который в зависимости от целевых установок познания будет акцентировать свой комплекс описания и рассмотрения изучаемых феноменов развития человека в обществе. Американский социолог *Г. Элбер* так определил концептуальный подход к жизненному пути человека: «это последовательность социально определенных событий и ролей, которые индивид выполняет с течением времени».

Применительно к проблемам старения жизненный путь человека рассматривается в контексте процессов развития и инволюции, которые развиваются на фоне и тесной увязке с социальными процессам, индивидуальной биографии, и особенностями физического развития и наследственности.

Продолжительность жизни не только определяется функциональными возможностями организма человека, но дифференциальными возрастными проявлениями в тесной увязкой с социальными явлениями на каждом возрастном этапе, в определенное время, которое характеризуется историческими событиями, а также местом, где происходит реализация жизненного сценария.



Как считают зарубежные социологи, концепты жизненного пути построены на следующих основаниях:

- социально-исторических и географических положениях,
- хронологии жизни человека,
- гетерогенности и изменчивости,
- социальных связях,
- на основе общих принципов человеческой свободы воли и личного контроля,
- установок, что прошлое формирует будущее.

Социально-историческое и географическое положение жизненного пути определяется не только географическими координатами развития жизнедеятельности (поселение, ландшафт, и т.д.), но и политическими ( репрессии, войны, конфликты и т.д.), социальными и идеологическими, характерные для данного исторического времени.

Хронология связана с периодами жизни, которое определяет человечество в историческое время: детство, отрочество, юность, старость. Каждый из данных периодов, имеет свои характеристики и отношение в обществе. Как считал французский историк Ле Гофф, периода детства в западном средневековье не существовало, поскольку не было поколения стариков. Тогда как другие исследователи считали, что в общественной практике, разделение на самостоятельные демографические группы «детей» и «юношество», с признанием их особенных паттернов поведения, признается только в начале XX века. Таким образом, деление на возрастные демографические группы тесно связано с историческим временем, которое определяет процессы жизненного сценария человека на протяжении исторического времени, все это должно учитываться в теории и практике геронтологической социальной работе.

### *5.3.3. Антропологические подходы к теории старения*

Антропологические теории старения начинают появляться во второй половине XX века, и первые работы были связаны с проблемами старения в первобытном обществе. В центре внимания более поздних работ являлись подходы, осмыслявшие процессы маргинализации пожилых людей в связи с модернизацией всех сфер жизнедеятельности человека.

Подходы к теории старения с позиций антропологии это подходы к изменениям, которые происходят в жизни человека между различными поколениями. Особенность к проблемам старости заключается в том, что антропология описывает старость с позиций интегративного подхода, рассматривая старость не только как медицинскую,



экономическую, но и как социальную проблему, с позиций необходимости социальной поддержки и ухода за данными возрастными группами.

Современная тематика антропологических подходов сфокусирована вокруг особенностей старения человека в различных общественных контекстах и культурах, это связано с такими подходами:

- как различные модели старости инкорпорируются в социальный порядок,
- как формируются в современных общественных условиях различные модели старости,
- как различные культуры воспроизводят модели старости, и как в связи с этим меняются представления о возрасте и старении,

Антропологические теории старения не ограничиваются только данными подходами, большое место в их теориях уделено осмыслению конфликтов, которые возникают между поколениями, а также поиску путей межпоколенческой интеграции. К теориям данного типа можно отнести следующие теории:

- теорию разъединения,
- теорию активности
- теорию социально-избирательной селективности

*Теория разъединения* утверждает, что по мере старения людей и их уход из общества является нормальным и желательным, поскольку он освобождает их от обязанностей и ролей, которые становятся не выполнимыми. Этот процесс также открывает возможности для молодых людей, определяет новые общественные предпочтения, поскольку более энергичные молодые люди заполняют освобожденные должности.

*Теория активности* утверждает, что деятельность необходима для поддержания «качества жизни», независимо от возраста человека, трудовая активность позволяет влиять на различные функции индивида физиологические, познавательные, социальные. Сторонники этой теории полагают, что деятельность предыдущих лет должна поддерживаться как можно дольше, чтобы социальное и экономическое функционирование было условием поддержания сложившегося качества жизни человека.

*Теория социально-избирательной селективности* - теория мотивации жизни, в которой утверждается, что по мере сокращения временных горизонтов, как это обычно бывает с возрастом, люди становятся все более избирательными, вкладывая больше ресурсов в эмоционально значимые цели и действия. В этой связи деятельность пожилого человека начинает определяться определенными границами, в рамках которых происходит дальнейшая самоактуализация.

## Общие выводы

Современные биопсихосоциальные теории представлены различными направлениями теории старения, и не имеют общих подходов к процессам старения.

Биологические теории старения определяют процессы исходя из физиологической структуры человека, при этом большое внимание уделяется как процессам эволюционного развития, так и процессам развития и стагнации процессов на клеточном или геномном уровне.

Психологические теории старения сфокусированы на фактах функционирования Эго, поискам как детерминант развития, и тех процессов, которые лежат в основе психологического старения. При этом большое внимание уделяется внешним факторам, которые являются условиями как развития, так и старения.

Социологические теории осмысляются пожилого человека с позиций социального взаимодействия в системе общественных отношений, рассматривают как внешние факторы могут влиять на психосоматическое состояние человека, определяют его стратегии жизнедеятельности.

В целом данные теории позволяют осмыслять пожилого человека как на уровне биопсихосоциальных трансформаций, которые имеют объективные характеристики, что позволяет в практике геронтологической социальной работы решать проблемы конкретного человека.

Рассматривая вопросы геронтологической социальной работы, необходимо подробнее рассмотреть вопросы возраста и старения.

Биологический (функциональный) возраст - это фундаментальная характеристика темпов развития организма (старения). Это степень истинного старения и уровень жизнеспособности организма. Биологический возраст зависит от наследственности, условий среды и образа жизни. Вот почему люди одного хронологического возраста могут особенно сильно различаться по биологическому возрасту.

При физиологическом (закономерном) старении организма его хронологический и биологический возраст должны совпадать. В качестве критериев биологического возраста могут быть использованы различные функциональные, психологические показатели, отражающие общую и профессиональную работоспособность, здоровье и возможности адаптации организма. В последнее время большое значение уделяется изучению возрастных изменений на молекулярном уровне.

Важной современной проблемой является преждевременное или ускоренное старение, когда биологический возраст опережает хронологический. Преждевременное

старение может зависеть от многих причин — как внутренних (в том числе, и наследственности), так и от влияния внешних (средовых) факторов.

С целью получения информации о наличии этих факторов и информации о состоянии здоровья пожилого организма в целом, Министерством здравоохранения РФ рекомендовано обследование лиц пожилого старческого возраста на предмет выявления гериатрических синдромов и синдрома старческой астении, а также разработан Порядок оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста по профилю «гериатрия». В эти рекомендации, наряду с традиционными методами обследования, включены комплексы тестов для выявления гериатрических синдромов, сопровождения и наблюдения пожилых людей, например, определение мышечной силы кистей (динамометрия), оценка веса, скорости ходьбы, скрининговые тесты на оценку когнитивных функций.

Диагностика таких нарушений здоровья, как нарушение функции передвижения, включающее нарушение устойчивости и походки, низкий уровень двигательной активности и связанный с ними синдром падений, синдром мальнутриции и снижение массы тела, тревожно-депрессивный синдром, развитие когнитивных нарушений, недержание мочи и кала, наличие пролежней, зависимость от посторонней помощи служат прогностическим фактором и важным критерием в работе социальных координаторов при оценке степени утраты самообслуживания в пожилом возрасте.

[Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.01.2016г. № 38-н «Методические рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией»].

### **Вопросы и задания**

1. Какие проблемы в работе с пожилыми клиентами, по Вашему мнению, помогают решать биопсихосоциальные теории?
2. Как биологические теории старения помогают понять природу старения?
3. Сравните эволюционные и генетические подходы к проблемам старения. Что общего, а что различное в данных подходах?
4. Найдите примеры исходя из практики работы с клиентами, которые подтверждают, а какие опровергают концепции старения.
5. Какие психологические концепции определяют проблемы старения человека?
6. Покажите, как психологические теории личности раскрывают сущность процессов старения.

7. Какие психологические теории раскрывают сущность здорового старения? Как Вы считаете, насколько приемлемы данные подходы к современной практике геронтологической социальной работы?
8. Раскройте особенности социологических подходов к проблемам старения?
9. Как социально-ролевые отношения пожилых людей осмысляются в социологических подходах?
10. Покажите особенности понимания жизнедеятельности пожилых людей в ситуациях цифрового общества?

## **РАЗДЕЛ 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ КООРДИНАЦИИ В ДИСКУРСАХ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

### **Глава 6. Философия и теоретические модели интегративной технологии социальной координации**

#### **6.1. Философия и базовые принципы интегративной социальной координации в организациях здравоохранения**

Осмысляя опыт философии социальной координации в странах Глобального Севера, Глобального Юга и Российской Федерации необходимо отметить, что оказание социальных услуг на межведомственном взаимодействии будет иметь свое своеобразие, что говорит о национальных моделях интегративной помогающей практики.

С одной стороны, мы видим различные терминологические номинации к идентификации подходов к социальной координации. Так в странах Глобального Севера наиболее устоявшимся термином является – социальная навигация.

С другой стороны, в подходах к профессионалу, реализующего данный вид помогающей практики, не существует единого определения, поскольку трудовые функции в различных странах имеют свое своеобразие. Сегодня существует более десятка различных номинаций профессии от «навигатора пациентов» до «менеджера по работе с пациентами», от «консультанта по общественному здравоохранению» до «тренера по здоровому образу жизни», что свидетельствует как показывает исторический опыт о складывающихся новых векторах развития профессии, подобно тому что было на рубеже XIX-XX века.

В странах Глобального Севера и Глобального Юга можно наблюдать, что подготовка специалистов ведется как через расширение компетенций медицинских сестер, так и расширение компетенций клинических социальных работников, с выдачей соответствующих дипломов.

Философия моделей социальной координации имеет большое разнообразие, и они представлены:

- моделями для непрофессионалов (волонтеров),
- моделями для сестер-навигаторов,
- моделями навигации для команд, включающих профессионалов и непрофессионалов.

Философия клиентов, на которых сосредоточено внимание практиков, имеет групповую дифференциацию на основе биопсихосоциальных характеристик:

- пациенты с конкретными заболеваниями (хроническим, психическими заболеваниями, онкологическими заболеваниями, диабетом и др.),
- пациенты этнокультурных групп (мигранты других этнических групп), имеющие свои специфические заболевания, включая психиатрические,
- пациенты возрастных групп (пожилые пациенты, родителей и опекунов несовершеннолетних детей),
- пациенты, уязвимых групп населения (бездомные, безработные, жертвы насилия),
- пациенты, испытывающие экономические барьеры («привязанные» к дому, имеющие проблемы с общением в семье, нуждающиеся в поддержке психического здоровья или обезболивании).

### *6.1.1. Философские основания интегративной модели социальной координации*

Рассматривая тенденции социальной навигации, которые оформляются сегодня в многополярном мире, необходимо отметить, что российская модель социальной координации складывается в межведомственном взаимодействии системы социальной защиты населения и здравоохранения, формируется в дискурсах социальной интеграции и координации, определяя модель ее развития как интегративную модель социальной координации.

Интегративная модель социальной координации, реализуемая в организациях здравоохранения и в учреждениях социальной защиты, основана на философии заботы о человеке, которая сосредоточена как на проблемах его здоровья, так и проблемах его социального благополучия.

Этот интегративный подход, позволяет на практике отходить от моделей болезни, традиционно реализуемых в медицинских учреждениях, разрешает целостно и системно подходить к человеку с позиций биологических, психосоциальных, экологических и

поведенческих факторов, дает возможность эффективно реагировать не только на его проблемы и потребности, но и выстраивать индивидуальные стратегии заботы, помощи, социальной реабилитации и ухода в ближней, средней и дальней перспективе.

Философия интегративной социальной координации – это многофакторный подход в межведомственном сопровождении человека, направленный на удовлетворение его медицинских, поведенческих, психосоциальных, духовных, экзистенциальных потребностей через систему целенаправленных интервенций таких как лечение, терапия, консультирование, оценка/диагностика, планирование, координация, фасилитация, адвокатирование, которые составляют сущность профессиональной клинической социальной работы, практической деятельности социального координатора в межведомственном взаимодействии.



Рис. 6.1. Философия социальной координации

Конечный результат межведомственного взаимодействия, в системе интегративной социальной координации, сопровождения человека, нуждающегося в помощи, реализуется в компенсирующих технологиях, направленных на устранение приобретенных в течение жизненного цикла дефицитов физиологических, психологических, экзистенциальных, социальных, приводящим к изменениям социального функционирования.

Подходы к полноценно функционирующему человеку, принятому в философии социальной работы, осмысляются не в концептах понимания субъекта, прилагающего усилия по изменению своей трудной жизненной ситуации, выход «за пределы своих психосоциальных ограничений», а в соответствии с концептами «социального здоровья»,

человека, живущего с учетом своих био-психо-социальных ограничений. Человека, учитывающего состояние своего здоровья, функциональные ограничения и возрастные изменения, но обладающего, согласно Р. Лазарусу, способностью преодолевать на своем функциональном уровне возникающие повседневные проблемы.

Осмысляя направленность типологии интегративности в контексте сложившихся практик помощи и социальных услуг, модель отечественной интегративной социальной координации в практике социальной работы в дискурсах деятельности с пациентами-клиентами-пользователями социальных услуг можно определить, как мультимодальную целостную систему.

Мультимодальность социальной координации как технологии помощи пациенту-клиенту-пользователю социальных услуг в их ролевой динамике осуществляется через систему многообразных и системных подходов, характерных для всех направлений социальной работы, в дискурсах «искусства» и «технологии», осмысляемых в концептуальном единстве «смещения разнообразных помогающих практик» и системных подходов технологических методов.

Мультимодальность социальной координации проявляется в том, что с одной стороны, система медицинского менеджмента, построенная на консервативных правилах протокола лечения, научно-обоснованной практике, привносит системные черты в систему интегративной социальной координации, что в социальной работе принято говорить о технологизации процесса, построенного на определенных алгоритмах.

Но с другой стороны, многофакторная социальная ситуация пациента, его мультиморбидность, наличие нескольких заболеваний различного генеза, формирует уникальность и индивидуальность случая, которую, согласно психотерапевту, И. Ялому невозможно «втиснуть в формулу», в «заранее предписанную последовательность» действий, что определяет социальную работу как «искусство».

Перефразируя авторитетнейшего психотерапевта, можно отметить, что каждый процесс интегративной социальной координации, с начальной «точки актуальности», с первой встречи социального координатора с пациентом, всегда сугубо индивидуален, определен ситуацией «спонтанности» (непоследовательности, незапрограммированности, стихийности), что ставит перед необходимостью, не только психотерапевтов, но и социальных координаторов, создавать «новую технологию терапии помощи для каждого пациента», комбинации интервенций и социальных услуг, исходя из особенностей модальности пациента.

В этом сочетании системных, «протокольных форм терапии» и комбинировании социальных услуг, в зависимости от имеющихся биопсихосоциальных дефицитов у

пациента, будет определяться генезис мультимодального подхода в интегративной социальной координации.

Осмысля мультимодальность процесса, необходимо сказать о модальности самого пациента, способах его существования в повседневности, на этапе госпитализации в организациях здравоохранения в процессе его жизнедеятельности, так и социального работника/ социального координатора

Модальность пациента, вид и типология его бытия в повседневности, формируются на основе наличия у субъекта набора индивидуальных дефицитов: физиологических, когнитивных, социальных, потребительских, материальных, межличностных, информационных, культурных, осложняющих его социальное функционирование.

Такая ролевая заданность пациента на этапе его жизнедеятельности в медицинской организации приводит к тому, что субъектам не хватает в новых условиях компетенций, а также ресурсов, чтобы адекватно социально функционировать в измененной повседневности. В этих условиях социальный работник «возлагает» на себя функции, определяемые в профессиональной деятельности, как функции кейс-менеджера или социального координатора, субъекта, берущего ответственность не только по оценке объективных потребностей пациента, но и представляющего гарантии по своевременному предоставлению социальных услуг.

Социальный координатор непосредственно поддерживает контакт с различными поставщиками социальных услуг, чтобы их предоставление осуществлялось в соответствии с планом лечения. В этом контексте социальный координатор осуществляет взаимодействие на уровне межинституциональных связей: межведомственных, институциональных, междисциплинарных, межгрупповых и индивидуальных, тем самым он, как никто другой взаимодействует с окружающей средой, прорабатывая связи в системных отношениях «личность-в-окружающей среде».

Диагностика индивидуальных биопсихосоциальных и духовных дефицитов пациентов и предоставление на их основе адресных социальных услуг, используя ресурсы сообщества, семьи, различных социальных институтов «за пределами медицинской организации» в контексте межведомственного, общинного, семейного взаимодействия составляет сущность процесса социальной координации.

### *6.1.2. Принципы реализации мультимодального процесса интегративной социальной координации*

Процесс интегративной социальной координации в организациях здравоохранения реализуется на основе принципов, основными которыми являются, как принцип:

- «принятия»



- «здесь и сейчас»,
- «проактивности»,
- «дополнительности»,
- «единого окна»,
- «теплой передачи».

*Принцип принятия* в философии интегративной социальной координации раскрывается как на уровне личности пациента, так и в динамической изменяющейся во времени ситуации, в которой прибывает пациент в условиях госпитализации.

Принятие – это способность, которой должен обладать социальный работник по отношению к клиенту, несмотря на его негативные индивидуальные характеристики, поведение. К. Роджерс вводит понятие «безусловное позитивное принятие», которое сопровождается демонстрацией теплоты и сочувствием, эмпатическим видением и слушанием клиента, что справедливо для социального координатора.



Рис. 6.2. Принципы социальной координации

Принцип принятия – это один из аспектов начала помогающего/терапевтического процесса, которой в технологиях интегративной социальной координации может иметь, а может не иметь своего продолжения, поскольку необходимость процесса помощи со стороны социального координатора определяется в большинстве случаев самим пациентом.

Применительно к личности пациента, принцип раскрывается в тех аспектах, что социальный координатор принимает его таким какой он есть, во всех поведенческих реакциях, коммуникативных особенностях, способах взаимодействия.

Основываясь на подходах психотерапевта *Р. Мея*, философский смысл индивидуального принятия пациента заключается в том, что «терапевт показывает пациенту, что ему больше не нужно сражаться в его главной битве за то, чтобы быть принятым миром». Социальный координатор, который «является частью этого мира», по мнению психотерапевта И. Ялом, «принимает пациента» во всем его многообразии, как человека, ощущающего не только «восторги жизни, но и ее неизбежную тьму: разочарование, старение, болезни, изоляцию, утраты, бессмысленность, тяжелый выбор и смерть».

Принцип принятия раскрывается не только на личностном, но и на ситуативном уровне. Пациент в процессе госпитализации может обозначать социальному координатору свои потребности спонтанно и «незапланированно», в зависимости от его субъективных предпочтений и меняющихся жизненных обстоятельств. Практика показывает, что пациент может отказываться от услуг, после того как они были организованы или наоборот просить о содействии в их организации, когда предоставление их будет либо проблематичным, либо невозможным.

Принятие изменений ситуации пациента на основе его запросов, обусловленных госпитализацией, «внутренней картиной болезни», «мифов болезни», внешних, средовых факторов, является условием профессионального взаимодействия социального координатора с пациентом на уровне системных отношений «среда-личность», «личность-среда», реализуемых в практике клинической социальной работы.

*Ситуативный принцип «здесь и сейчас»* - был введен психотерапевтом Я. Морено, и сегодня используется во всех помогающих профессиях. Данный принцип, является принципом организации взаимоотношений между терапевтом и клиентом, где осмысляются, обсуждаются и актуализируются только те проблемные ситуации, переживания, которые происходят в настоящий момент времени.

Реализация этого подхода социальным координатором имеет свою специфику в практике работы с пациентами, что необходимо учитывать при непосредственном взаимодействии профессионала и получателя услуг.

*Во-первых*, в ситуации «здесь и сейчас», социальный координатор осуществляет планирование социальных услуг, которые будут реализованы в другом временном цикле, на этапе окончания госпитализации, т.е. в ситуации «там и тогда», что может вызывать у пациентов 65+ определенные сложности с планированием последующих действий.

*Во-вторых*, реализация данного принципа взаимодействия осуществляется в «полевых условиях», как правило в больничной палате, где присутствуют еще три-четыре пациента, что осложняет диагностическую беседу между пациентом-реципиентом и социальным координатором. Социальный координатор должен быть готов, что другие пациенты могут включаться в процесс взаимодействия.

*В-третьих*, ситуация «здесь и сейчас» реализуется в ситуации, когда невозможна реализовать принцип конфиденциальности, безопасности, в предоставлении информации, поскольку взаимодействие осуществляется в окружении других пациентов. Такая ситуация может создавать определенные коммуникационные барьеры, ограничивать поведение пациента-реципиента, «закрепощать» его, не позволять вести себя естественно, «спонтанно и искренне», что может повлиять на запрос о возможной предоставляемой помощи.

*В –четвертых*, пациента ситуация «здесь и сейчас» - это больше ситуация выбора, чем ситуация осознанности своего бытия и пространственно -временной организации, как для социального координатора. Отсюда можно наблюдать различные векторы взаимодействия в системе пациент- социальный координатор.

Пациент может принять услуги в ситуации «здесь и сейчас», включиться в процесс планирования принятия необходимых социальных услуг, предлагаемых социальным координатором.

С другой стороны, планирование социальных услуг пациентом может быть отложено в силу различных причин. Спектр их многообразен от «потери пациентом навыков перспективного планирования жизнедеятельности», до «сформировавшихся у него установок социального иждивенчества, когда решения принимают третьи лица», а также различных внешних факторов, таких как например, планов родных и близких, готовых помочь при выписке из больницы, но незнающих график своей работы в ближайшей перспективе и т.д.

В этом контексте социальный координатор может находиться в режиме временного ожидания принятия решения и должен быть готов к оказанию услуг в ситуации «здесь и сейчас» отсроченной перспективы.

Философские подходы к ситуации «здесь и сейчас», на основе многолетней практики работы с пациентом были сформулированы психотерапевтом И. Ялом, которые не потеряли свою актуальность и сегодня, в том числе и для социального координатора, среди них:

- со стороны терапевта в ситуации здесь и сейчас реализуется один стимул, на него со стороны пациента возможны различные реакции,
- работа с пациентом в ситуации «здесь и сейчас», «не всегда бывает антиисторичной, она может включать любые события, которые

происходили... с пациентом». На практике может происходить переадресация услуг близким родственником, в этом контексте пациент может поменять свою роль в коммуникациях, и выступать не в качестве пользователя социальных услуг, а посредника, что не будет способствовать вопросу принятия социальной помощи (история матери и проблемного сына).

*Принцип проактивности* – понятие «проактивный» было предложено психологом В. Франклом применительно к людям, принимающих на себя ответственность за свои поступки и свою жизнь. В дальнейшем термин получил распространение во многих областях познания в том числе и социальной работе.

Понятие «проактивности» применительно к терапевтической практике, на уровне индивидуальной активности, обосновывается А. Эллисом, как метод работы с иррациональными убеждениями клиента, в основе которого лежит техника активно-директивного подхода. Основная суть подхода в том, что у человека есть врожденные, как «самопомогающие», так и иррациональные, «саморазрушающие», (тревога, депрессия, жалость к себе и т.д.) личностные структуры. Терапевт активно и директивно учит клиента «замещать» иррациональные схемы поведения, на проактивные самопомогающие модели при помощи специальных техник и организованных домашних заданий.

В технологиях интегративной социальной координации, особенно в процессе первичных интервенций социального работника и пациента, взаимодействие осуществляется на принципах проактивности, активно-директивного подхода, когда со стороны профессионала инициируются возможные перемены в жизнедеятельности пациента на этапе его госпитализации, даже, если со стороны пациента не было заявлено о необходимости помощи. Такая позиция обусловлена рядом факторов.

*Во-первых*, психологическое состояние пациента обусловлено «состоянием пассивности», которое формируют средовые и индивидуальные факторы.

Средовые факторы, обуславливающие пассивное психологическое состояние пациента в организациях здравоохранения, определены изоляцией, ограничениями непосредственных коммуникаций с социальными сетями, невозможностью выполнять традиционные повседневные социальные роли, что вызывает депрессивное состояние индивида. Средовые факторы могут «накладываться» на депрессивное состояние пациента, вызванное его заболеванием, определяющим различные формы его «пассивного поведения», которое закрепляется процедурой лечения, в виде постельного режима, предписанного при госпитализации.

*Другим фактором*, индивидуальным, по мнению К. Роджерса, являются, «директивные предписания со стороны врача», процедур, ролей, которые формируют «смирненное принятие и подчинение со стороны клиента», что также не способствует активизации поведения.

Проактивность со стороны профессионала, с одной стороны реализует подходы в клинической социальной работе определяемые как «деятельность субъекта после», когда закончится непосредственное взаимодействие профессионала и клиента, и он самостоятельно должен будет организовывать свой процесс жизнедеятельности.

Этот подход справедлив и для социального координатора, который должен работать на противодействие формированию моделей иждивенческого поведения у пациента, поскольку ему предстоит возвратиться к условиям «традиционной повседневности» и не только уметь самостоятельно поддерживать свое здоровье в пределах необходимой нормы, но и реализовывать сценарии своего индивидуального социального благополучия.

С другой стороны, проактивные действия социального координатора, его активно-директивный подход, инициирует перемены, на основе прогнозирования возможных негативных событий, связанных с выпиской пациента и дальнейшим его социальным функционированием в социуме.

*В-третьих*, проактивный подход, позволяет нейтрализовать «сложившуюся неактивную схему представлений», становясь тем самым «инструментом» поведенческой активизации пациента. Согласно подходу когнитивно-поведенческой терапии, активно-директивное взаимодействие изменяет схему «концептуализации бездействия», являясь одной из форм работы с «автоматическими» негативными мыслями пациента», с их «безынициативностью», являющихся следствием факторов больничной депрессии.

Проактивность как инструмента изменения ситуации клиента может играть двоякую функцию работы с людьми 65+, технология может не только активизировать потенциальные ресурсы пожилого человека, но лишая его самостоятельности привести к обратным действиям. Исследования показали, когда под контроль брались все потребности клиента и его лишали минимальной активности, в принятии решений, деятельности жизненный тонус пожилого человека снижался. В этой связи социальный координатор должен на основе биопсихосоциальной диагностики объективно оценивать состояние пациента и формы предоставления ему социальных услуг.

Проактивная позиция может вызвать и нейтральное отношение, к предлагаемым услугам, что может свидетельствовать о сложившихся отношениях пациента с социумом, либо о возможных когнитивных нарушениях пациента, когда он не может принимать

самостоятельных решений, что конкретизирует ситуацию, определяя другую грань проактивного подхода.

В этой связи, используя принцип проактивного подхода социальный координатор, создавая рабочий альянс на основе предоставления социальных услуг, должен уметь выстраивать такие отношения, чтобы они соответствовали потребностям пациента. Социальный координатор должен обладать гибким стилем профессионального взаимодействия, используя широкий «репертуар ролевых отношений», по образному выражению интегративных терапевтов, он должен владеть широким диапазоном профессиональных ролей от «внимательного уха» до «служителя церкви», выступая в интегративных технологиях социальной координации как «абсолютный хамелеон», чтобы проактивно реализовывать необходимые услуги.

Философия интегративного подхода, как мы уже писали в предшествующих главах, возникает на основе *принципов дополнительности*, сформулированных классиками социальной работы в начале XX века, однако не только их влияние ощущается сегодня, но и подходы других мыслителей находят отражение в помогающей практике.

Датский физик Нильс Бор, сформулировавший принципы дополнительности, считал, что милосердие и справедливость, находятся в дополнительных отношениях друг к другу, однако он подчеркивал диалектическую несовместимость, между чувствами (милосердие) и нравственными императивами (справедливость) в ситуациях применения закона.

Философия интегративной координации построена не только на принципах дополнительности знания, деятельности, проявления иррациональных чувств и нравственных императивов, но и на рациональности законов, которые определяют предоставление индивидуальных услуг, помощи, объем и меру заботы отдельному субъекту в рамках действующего законодательства.

Право определяет действия социальных координаторов, установленным образом воздействуя на их императивы справедливости, особенно в тех случаях, когда иррациональное милосердие и сострадание вступает в конфликт с объективными принципами правосудия. (Случай выписки бомжа в квартиру женщины с ребенком).

Философия интегративной модели социальной интеграции реализуется посредством программ сотрудничества с организациями здравоохранения, так и другими организациями, образуя сеть межведомственного взаимодействия.

Этот подход, межведомственных интервенций, реализуется через *принципы «одного окна»*, когда все услуги и технологии помощи реализуются на основе индивидуализации диагноза, здоровья человека, стратегий интеграции его в индивидуальную повседневную жизнь.

*Принцип «одного окна»* в технологиях социальной координации, отличается от принципов «одного окна» многофункциональных центров государственных и муниципальных услуг, доступных в одном и том же физическом месте.

Принцип «одного окна» в технологиях социальной координации определяют прежде всего социальные детерминанты здоровья пациента, которые могут быть биологическими, социально-экономическими, психосоциальными, поведенческими и собственно социальными факторами и обстоятельствами.

С одной стороны, принцип «одного окна» позволяет «подключать» пациента к услугам для решения социальных проблем, связанных со здоровьем, даже в тех случаях, когда гарантированные услуги им не были востребованы.

С другой стороны, реализация этого принципа дает возможность пациенту преодолевать на основе технологий социальной координации административные барьеры учреждений здравоохранения и социальных учреждений, обеспечивая качественный уход во время госпитализации, так и в пост-госпитализационный период.

Одним из принципов социальной координации, получивший распространение во всем мире, стал *принцип «теплой передачи»*. В основе этого принципа лежат действия по внутрибольничному, межбольничному переводу и переводу пациента в учреждения социальной защиты для временного или постоянного местопребывания от одного субъекта помощи к другому.

Поскольку перевод может привести к различным биопсихосоциальным изменениям пациента, отрицательно повлиять на его здоровье и дальнейшую жизнедеятельность, в следствии данного подхода учитываются всевозможные риски на основе научно-обоснованных рекомендаций.

В практике российских социальных координаторов философия «теплой передачи» реализуется, когда на этапе госпитализации устанавливаются непосредственные контакты между пациентом и социальным работником, который будет предоставлять услуги по месту жительства пациента после выписки его из медицинской организации.

Таким образом, интегративный подход социальной координации реализуется как модель помощи в межведомственном взаимодействии на основе междисциплинарного подхода, гибко сочетая директивные и недирективные методы помощи пациенту, обеспечивая ему эффективный и качественный уход при госпитализации и в дальнейшей повседневной жизни.

*6.1.3. Принципы взаимодействия социального координатора и пациента в интегративной модели социальной координации*



Основные принципы, лежащие в основе взаимодействия социального работника и клиента формировались и будут формироваться в развивающейся помогающей практике.

В середине XX века социальный работник Феликс Бейстек сформулировал основные принципы взаимоотношений профессионала с клиентом, которые не потеряли своей актуальности по настоящее время. Он выделял следующие основные принципы:

- индивидуализации,
- конфиденциальности,
- безоценочного отношения,
- эмоционального управления,
- самоопределения клиента.

*Индивидуализация* – это процесс дифференциации клиента и его ситуации, на основе уникальных характеристик, присущих только субъекту и тем обстоятельствам, которые определили трудную жизненную ситуацию. М. Ричмонд, Е. Фрай, пионеры социальной работы отмечали, несмотря на то, что все «человеческие существа едины, так как имеют фундаментальные ценности и достоинства, но все они разделяются по своим уникальным качествам и ситуациям».

*Конфиденциальность* – это требование к профессионалу, получившему личную информацию о клиенте. Оно состоит в обеспечении безопасности пациента, сохранении его репутации, и нераспространении информации о нем для третьих лиц, что может привести к усложнению его социального функционирования.

*Безоценочное отношение* – это отстраненная, нейтрально-позитивная позиция профессионала, который анализирует ситуацию клиента вне контекста моральной оценки. Однако, анализируя риски и опасности, которые могут представлять угрозу для пациента, либо пациентов, особенно, когда это касается уязвимых групп населения, профессионал будет принимать решение не только исходя из диагноза, но и норм, и ценностей, на которых основаны индивидуальное взаимодействие.

*Эмоциональное управление* – профессионал принимает любое эмоциональное проявление пациента, без осуждения и проявления негативных чувств, адекватно реагирует на эмоциональные проявления и стремится адекватно реагировать на проявления клиента.

*Самоопределение пациента* - это позитивное и уважительное отношение к выбору пациента, признание права за ним на принятие действий и ответственности. Уважительное отношение к его выбору, даже если его выбор не соответствует намеченным целям и задачам.



Рассматривая работу социального координатора в системе долговременного ухода необходимо рассмотреть основные принципы ухода с позиции взаимосвязи услуг социального и медицинского характера. Это позволит решить основные проблемы, которые возникают в процессе обслуживания пожилых людей и инвалидов. Основная задача, при этом, помочь пожилому человеку или инвалиду сохранить достойное качество жизни, включая, помощь в осуществлении основных повседневных физиологических потребностей, в питании, гигиене, решение социальных проблем, помощь в общении и досуге.

К основным современным принципам ухода, которые помогут учесть личность пациента, характер его заболевания и индивидуальные особенности, относятся:

*Уважение* - поддержание чувства достоинства пожилых пациентов, уважительное отношение к их потребностям и желаниям, к их мнению, учет предпочтений и др.

*Конфиденциальность* - обеспечение сохранности тайны пожилого пациента как медицинской, так и подробностей личной жизни, ограждение от присутствия посторонних людей ширмой, особенно если пациент предупредил об этом за ранее.

*Безопасность, в том числе, инфекционная* - профилактика падений пациента, например, вследствие вставания с постели, со стула, предотвращение ожоговых травм и др., соблюдение санитарно-гигиенического режима.

*Общение* - общение с пожилым человеком должно быть в уважительном тоне, располагающим к беседе. Необходимо обязательно выслушать пациента, объяснить в доступной форме его проблемы, обсудить варианты решения.

*Независимость* - необходимо поощрять и мотивировать пожилого пациента быть максимально самостоятельным, в то же время оказывать ему необходимую помощь и поддержку, в зависимости от состояния человека.

## **6.2. Теоретические основания интегративной модели социальной координации.**

В соответствии с подходами, которые сложились в клинической социальной работе в области социальной координации основными теоретическими конструктами, которые определяют процесс помощи пациентам на госпитальных и пост-госпитальных этапах являются:

- практические перспективы
- теории практики,
- практические модели.

В своей совокупности они представляют тот теоретический конструкт, который позволяет на научной основе и научно-обоснованной практике реализовывать социальным

координаторам технологии интервенций, сопровождения, организации кратковременного и долговременного ухода за пациентами.

### 6.2.1. Теоретические модели практических перспектив

*Перспектива* – это теоретический конструкт, который позволяет осмыслять проблему клиента в системе его основных проблемных связей и отношений в рассматриваемой ситуации в социальной среде с позиций той или иной теории.

*Перспектива* – это с одной, стороны-контекст, - это совокупность факторов социальной среды, позволяющих понимать динамическое изменение проблемы.

С другой стороны, *перспектива* – это система классификации объектов, которые определяют специфику проблемы.

С третьей стороны, *перспектива* – это рамка описания внешних факторов, влияющих на проблему клиента.

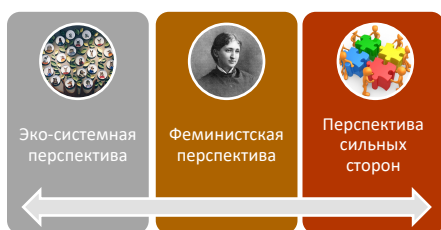


Рис. 6.1. Основные перспективы теории познания социальной работы в XXI веке.

Необходимость введения данного теоретического конструкта была определена практикой социальной работы, когда формировались профессиональные принципы деятельности. Одним из таких принципов, например, являлся принцип «личность-среда». Суть данного подхода заключалась в том, что проблема клиента определяется как влиянием

внешней среды, так и возможностями самого клиента.

Однако, если внешняя среда осмыслялась в логике социальных наук, то осмысление возможностей клиента происходило в логике психолого-педагогических наук. Такое осмысление требовало междисциплинарного осмысления проблемы, что и стала представлять собой *перспектива* как интегративная область познания различных теоретических областей о человеке и обществе.

На каждом этапе исторического развития теории познания социальной работы была осмыслена и описан свой конструкт *перспективы*. В этой связи можно говорить об основных конструктах перспективы, которые используются в теории социальной работы, к ним можно отнести следующие модельные ситуации:

- «среда-личность»,
- «личность-в-ситуации»,
- «трудная жизненная ситуация».

На каждом историческом этапе была своя теоретическая перспектива, описывающая с единых позиций проблему человека в системе общественных отношений. Так в начале 20-х годов такой перспективой был психоаналитический подход З. Фрейда.

В начале XXI века такими основными перспективами, позволяющими осмыслить проблемы человека в контексте средовых факторов являются:

- эко-системная перспектива,
- перспектива «сильных сторон»,
- феминистская перспектива.

Данные перспективы используются не только для осмысления социальными работниками процессов, влияющих на социальное функционирование клиента, но также они имеют прикладное значение, позволяют систематизировать подходы к диагностике, исходя из своеобразия запросов клиента, чтобы более адекватно построить технологию интервенций. По сути дела, перспектива- это философия подхода к клиенту, позволяющая видеть его проблему с учетом его индивидуальности, в контексте биосоциокультурных и духовных факторов.

С другой стороны, перспектива — это система взглядов, которая противодействует стигматизации индивида, формирует установки как для человека, с особыми потребностями так и профессионалов, чтобы они выходили за рамки подходов патологий и лечения, синдромов и «профессионального цинизма», которые являются следствием взаимодействий социального работника и клиента.

Применительно к практике социальных координаторов в медицинских организациях к пациентам 65+ и пациентов без определенного места жительства основными перспективами являются:

- экологическая перспектива,
- перспектива сильных сторон,
- системные перспективы.

### *Экологическая перспектива*

Модель экологической перспективы в социальной работе была предложена А. Гиттерман, и К. Жермен. В основе подхода - осмысление взаимодействия человека с окружающей средой, в центре понимания процессов, как человек и окружающая среда приспособляются друг к другу. По мнению исследователей, экологическая перспектива учитывает уникальность каждого человека, сложность его жизненного опыта в процессе социализации.

### *Теоретические основания экологической перспективы*

Теория экологической перспективы базируется на следующих концептуальных основаниях:

- *концепт соответствия человека к окружающей среде* — в основе осмысление фактической конгруэнтности (соответствии) или “подгонки соответствия” потребностей человека с окружающей средой. Соответствие "человека окружающей среде" является определяющей характеристикой практики социальной работы, определяется диагностикой взаимодействия человека и окружающей среды.
- *концепт адаптации* — рассматривается как непрерывные, ориентированные на изменения когнитивных, сенсорно-перцептивных и поведенческих процессов, которые люди используют для поддержания или улучшения соответствия между собой и окружающей средой.
- *концепт жизненных стрессоров* — включают трудные социальные переходы или изменения в жизненном цикле человека, определяемые как травмирующие события, которые нарушают сложившиеся связи и отношения между человеком и окружающей средой.
- *концепт стресса* — характеризуется тревожными эмоциональными или физиологическими состояниями (или и тем, и другим) на стрессовые жизненные обстоятельства и сопровождающиеся негативными состояниями такими как: тревога, вина, гнев, страх, депрессия, беспомощность или отчаяние.
- *концепты преодоления* — технологии и методы по регулированию негативных чувств по поводу изменений в окружающей среде.

В основе теоретической перспективы лежат представления о существовании системных отношений между человеком и окружающей средой, в основе которых механизмы адаптации, при которых человек и среда будут адаптироваться друг к другу. Этот процесс постоянный и непрерывный в жизненном цикле человека, поскольку он обусловлен индивидуальными процессами развития и инволюции как самого человека, так и процессами эволюции и стагнации окружающей среды.

В этом контексте возможны как негативные, так и позитивные сценарии адаптации между человеком и окружающей средой при использовании внутренних (индивидуальных) и внешних (средовых) ресурсов.

Позитивное взаимодействие человека с окружающей средой достигается через интервенции взаимонаправленного (реципрокного) взаимодействия, переговоров и

достижения компромиссов, и механизмы обратной связи, когда актуализируются ресурсы самого человека.

Применительно данного подхода к проблемам здоровья человека, основываясь на подходы к психологии здоровья *А. Арановского*, его концепта салютогенеза, жизненные стрессы могут быть не только патогенными, но и формировать позитивные адаптивные реакции, которые зависят от ресурсов самого человека.

Основным ресурсом человека, с точки зрения ученого являются ресурсы совладания, состоящих из убеждений и отношений к жизни. Другими ресурсами человека являются ресурсы, которые приобретаются им в течении жизненного цикла, и традиционно на повседневном уровне определяются как жизненный опыт среди них:

- знание жизненных задач и успешный опытом их решения;
- когнитивные способностями и способность рассуждать;
- способность контролировать и регулировать эмоциональные реакции на стресс;
- обладание навыками выполнения запланированных действий.

*А. Арановский* считал, что эти ресурсы «проистекают из прошлого успешного опыта».

В деятельности социального координатора возможно использовать данные ресурсы индивидуального опыта, однако необходимо учитывать заболевание и возрастные особенности пациента, опыт его социализации, особенно пациентов группы бож, для которых использование данных потенциальных ресурсов возможно на этапах ресоциализации и частичной ремиссии.

### *Практическое применение теоретического подхода в практике социального координатора*

Практическая цель экологического подхода улучшение жизнедеятельности человека (госпитализации), на основе адаптации его к окружающей среде (медицинской организации) на основе индивидуальных и внешних, социальных ресурсов.

Социальный координатор в процессе работы с пациентами в дискурсах клинической геронтологической социальной работы может использовать как индивидуальные ресурс, активизируя их как при помощи индивидуальной самостоятельной работы или подключению к этому процессу психолога, так и ресурсы социальных программ, необходимых и достаточных для адаптации пациента к средовым изменениям.

Основными ресурсами, позволяющими преодолеть жизненную стрессовую ситуацию, находящимися в структуре личностного образования, и требующие активизации пациента на этапе его госпитализации являются:

- связанность – способность к формированию привязанностей,
- внутренняя сила – уверенность в способности преодолеть трудности,
- компетентность- владение навыками получения помощи от других людей,
- образ Я-общая оценка самого себя,
- самооценка – степень собственной значимости и достоинств,
- самоуправление- ощущение контроля над собственной жизнью  
ответственность за свои поступки.

Практикующий специалист рассматривает те операции, которые либо способствуют, либо препятствуют росту и развитию. Кроме того, такая перспектива помогает практикующему специалисту совместно работать с клиентами, чтобы мобилизовать сильные стороны и навыки преодоления трудностей, найти ресурсы и изучить возможности в окружении клиента, которые могут проложить клиенту путь к достижению выздоровления, а не оставить у него ощущение бессилия или бесправия.

Инструментами активизации индивидуальных ресурсов в практике социальной работы *А. Гиттерман, и К. Жермен* могут быть и индивидуальные методы, и групповые, и общинные.

Применительно к практике социального координатора, реализующего свои технологии в организациях здравоохранения, с учетом интервенций других специалистов наиболее приемлемой моделью практики могла бы стать индивидуальная работа со случаем, которая бы была бы адаптирована к особенностям пациентов, находящихся в условиях госпитализации.

В зависимости от средовых обстоятельств, биопсихосоциодуховных особенностей пациента практическая технология может быть реализована в полной форме, применяя технологии мотивационного интервью и индивидуальной работы со случаем, либо ограничиться первой фазой работы, направленной на составление плана интервенций, способствующих выписки пациента из медицинской организации.

В этой связи технологическая модель могла бы быть представлена в системе действий, представленных в таблице 6.1.

Таблица 6.1.

**Адаптированная модель жизненного цикла применительно к практике  
социального координатора**

Фаза	Процесс поддержки	Действия
------	-------------------	----------

<p>Начальная фаза (мотивационное интервью, индивидуальная работа на основе активно-директивного подхода/проактивно) Выполняется либо социальным координатором, либо психологом социальной сферы.</p>	<p>Содействие: создать принимающее и поддерживающее окружение</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- проявление эмпатии в отношениях,</li> <li>- поддерживать пациента в выражении собственных желаний и предпочтений,</li> <li>- доступно рассказать о социальной службе в больнице</li> <li>- доступно рассказать о вариантах услуг,</li> <li>- организовать противодействие негативным проявлениям в окружающей среде</li> </ul>
	<p>Методы:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- мотивационное интервью,</li> <li>- индивидуальная работа, основанных на особенностях жизненного стрессора</li> </ul>
	<p>Навыки:</p>	<p>Проведение диагностического скрининга состояния пациента и среды:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- выяснение данных о пациенте и его семье,</li> <li>- определить жизненные стрессогенные факторы,</li> <li>- идентифицировать ожидания пациента относительно предоставления социальных услуг,</li> <li>- определить сильные и слабые стороны клиента,</li> <li>- определить особенности семейной среды (институциональной среды),</li> <li>- согласовать план действий.</li> </ul>
<p>Текущая фаза (индивидуальная работа, на основе запроса пациента и/или проактивно) Выполняется либо социальным координатором, либо психологом социальной сферы.</p>	<p>Помощь в преодолении стресса (психолог социальной сферы, социальный координатор)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- оказать поддержку (техника «присутствие рядом»)</li> <li>- исследовать ситуацию (направленное внимание, детализация, определение типичных мыслей, активизация рефлексии и обратной связи)</li> <li>- активизация сильных сторон (поддержка, укрепление веры в себя)</li> <li>- обеспечивать информацией (предлагать советы, корректируя информацию, определять задачи)</li> <li>- способствовать процессу (указывать на модели избегания, неадекватные и непоследовательные модели действий)</li> </ul>

	<p>Помощь в преодолении стрессогенных факторов (социальный координатор)</p> <p>Помощь в развитии семейных отношений (социальный координатор, психолог социальной сферы)</p> <p>Снижение межличностного стресса между социальным координатором/ психологом социальной сферы и пациентом</p>	<p>-выявить возможность помощи/сопровождения социальных служб/ социальных сетей/ -изучить воздействия окружающей среды (негативные/позитивные) -организовать институциональные ресурсы организаций -взять на себя функции посредника -защищать интересы пациента</p> <p>- определить функции семьи в предоставлении необходимой помощи пациенту (социальный координатор) - создать терапевтический контекст по принятию пациента после госпитализации (сформировать новое мировоззрение, обсудить семейные модели поведения, активизировать рефлексивную функцию (консультирование проактивно, онлайн, телефония). (психолог социальной сферы),</p> <p>- определить источник стресса (статус, положение, место в лечебной команде) -эффективно подготовиться к возможному напряжению в отношениях, -обсудить межличностные барьеры.</p>
Завершающая фаза	<p>Содействие: организационные факторы времени и методические особенности.</p> <p>Стадии завершения</p>	<p>-определить факторы завершения работы с пациентом (социальный координатор, психолог социальной сферы)</p> <p>- признание необходимости завершения работы (социальный</p>



		координатор, психолог социальной сферы)  -выявить и обсудить негативные чувства, возникающие в связи с прекращением отношений, определение необходимости продолжения работы (психолог социальной сферы).
--	--	--

### **ПЕРСПЕКТИВА СИЛЬНЫХ СТОРОН**

Перспектива сильных сторон балы предложена американским теоретиком социальной работы *Д. Салиби* в 90- х годах для работы с клиентами, имеющими различные проблемы. Спектр проблем, с которыми работали профессионалы был достаточно обширен от проблем клиентов, употребляющих наркотические вещества, до проблем поведения учеников в школе, от семейных проблем до проблем трудоустройства безработных. Постепенно этот подход стал применяться и в других областях помогающей практики психологическом консультировании, коучинге, психотерапии, а также в клинической социальной работы с различными группами клиентов.

#### *Философия перспективы сильных сторон*

В рамках профессиональной деятельности социальные координаторов в организациях здравоохранения, должны уметь выявлять и четко формулировать сильные и уязвимые стороны пациента. Сильные стороны пациента рассматриваются как определенный ресурс, который позволяет формировать позитивные отношения с окружающей средой, приносить удовлетворения от повседневной жизни. Такими ресурсами могут быть знания, жизненный опыт, мотивация, интеллект и другие положительные качества.

При взаимодействии с пациентом социальный координатор должен сосредотачиваться не только на дефицитах пациента, но и на его сильных сторонах. Перспектива сильных сторон не игнорирует диагнозы, но рассматривая их как имеющийся опыт ограниченного социального функционирования, использует как потенциальный источник сил и возможностей. В этой связи, Д. Салиби выдвинул ряд принципов в перспективе сильных сторон, применительно к практике социальной работы:

- признайте, что у каждого человека, группы, семьи и сообщества есть сильные стороны и ресурсы,
- участвуйте в систематической оценке сильных сторон и ресурсов клиента,

- осознайте, что, хотя травмы, жестокое обращение, болезни и борьба могут нести угрозы, они также могут быть не только источниками проблем, но и возможностей,
- уважайте поставленные клиентом цели и стремления к росту и изменениям,
- служите интересам клиентов и сообществ посредством сотрудничества с ними,
- мобилизуйте сильные стороны и ресурсы клиентов, отношений и окружающей среды.

### *Практические подходы в перспективе сильных сторон*

Перспектива сильных сторон используются в различных интегративных подходах социальных работников, в качестве методов комплексной оценки при анамнезе клиента, его трудной жизненной ситуации, требующей ее изменения. Как показывает практика перспективы сильных сторон позволяют позитивно влиять на профессионалов, оказывающих социальные услуги, а также на терапевтические техники и методике.

Одной из методик выявления сильных сторон клиента является оценка на основе выявления индивидуальных психологических и физических данных. В качестве матрицы оценки выбирается квадрант. Каждый квадрант будет содержать данные, записанные в каждой четверти. Приведенную схему можно использовать в качестве рабочих инструментов для оценки в индивидуальной работе, а также для консультаций.

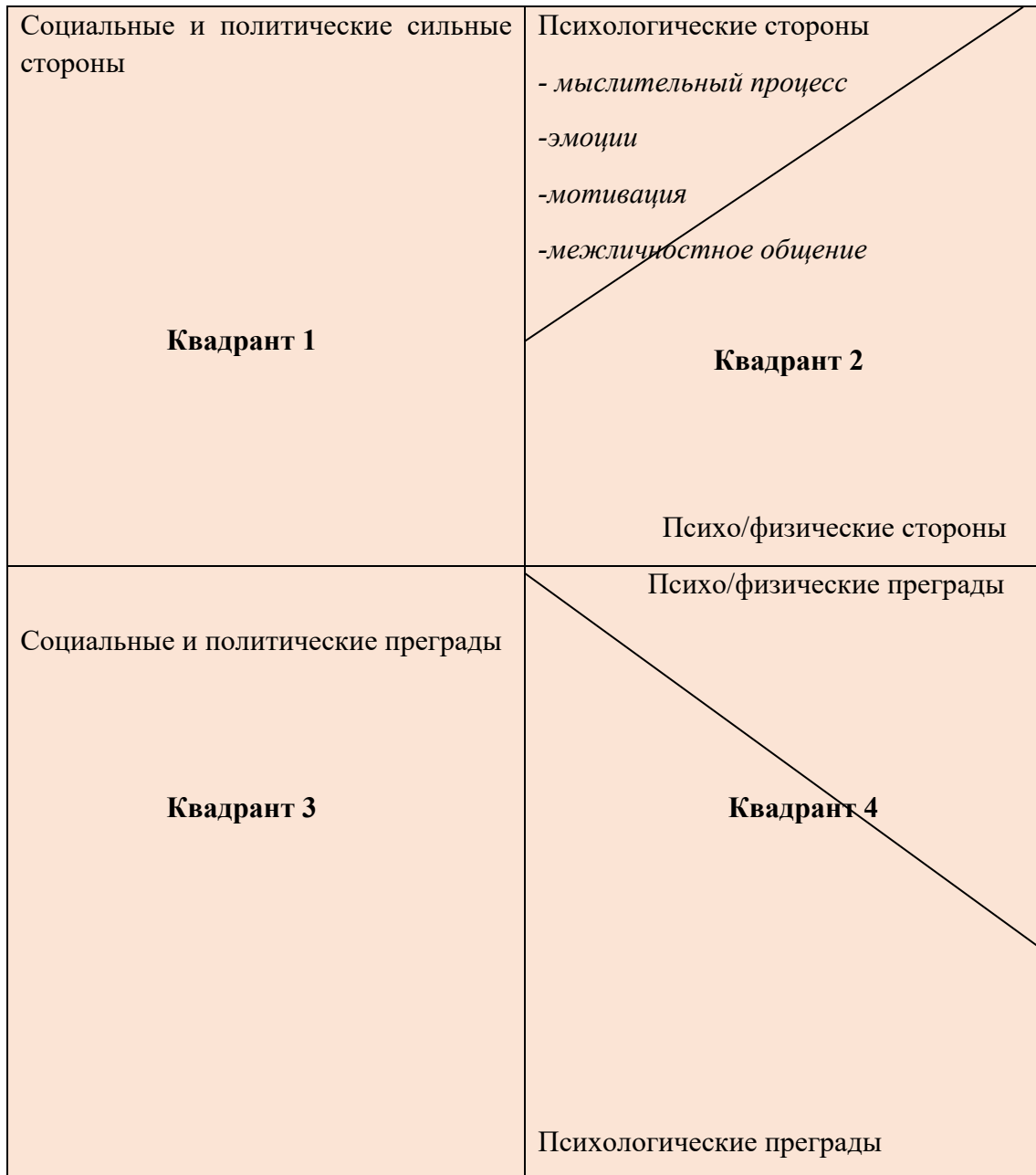
Квадрант отражает стандартную ситуацию, принятую для анализа в технологиях социальной работы, включая клиническую и социальной координации, определяемую как «личность-в-ситуации». Квадрант разбит на четыре части, две из которых отражают средовые факторы, а две другие личностные.

В процессе интервьюирования социальный работник фиксирует сильные стороны пациента, отображая как физические, так и психологические факторы (квадрант 2).

В квадранте 2 отражают психологические стороны: мыслительные процессы, эмоции, мотивация и межличностные отношения. Важно отметить, что несмотря на то, что данные феномены отображены как факторы, они не представляют внутриличностных мотиваций клиента, так как лишены воздействий окружающей среды.

Схема 6.2

### **Квадрант выявления сильных сторон клиента по Д. Салиби**



### ОЦЕНИВАНИЕ СИЛЬНЫХ СТОРОН КЛИЕНТА (КВАДРАНТ 2)

#### **А Мыслительный процесс**

1. Представление о мире и собственной культуре
2. Понимание культуры с позиции общепринятых культурных норм и отклонений
3. Понимание приемлемого поведения в той или иной культуре. Адекватная самооценка
4. Открытость мышления.
5. Поиск и принятие альтернатив в решении проблем.

#### **Б. Чувства и эмоции**

1. Способность выражать чувства и эмоции.
2. Способность выражать любовь и заботу о других.
3. степень самоконтроля
4. способность справляться со стрессовыми ситуациями

5. Отношение я к жизни.
6. Обладание различными эмоциями
7. Соответствие эмоций ситуациям.

#### **В. Мотивация,**

1. Имея проблемные ситуации, прячется, отрицает, избегает их
2. Обращаясь за помощью и делаясь проблемной ситуацией с другими, уровень доверия другим.
3. Готовность взять на себя ответственность в проблемных ситуациях.
4. Желание улучшить текущие и будущие проблемные ситуации.
5. Нежелание быть зависимым от других.
6. Стремление к самосовершенствованию

#### **Г. Поведение.**

1. Постоянное решение семейных проблем
2. Хорошо организован.
3. Принимает решения
4. Находчив и креативен
5. Борется с несправедливостью.
6. Нежелание иметь долги, несмотря на финансовые трудности.
7. Хорошо принимает решения, учитывая прошлый опыт

#### **Е. Межличностные отношения.**

1. Дружелюбен и общителен
2. Стремится понять друзей, членов семьи, коллег
3. Желание помочь
4. Соответствует социальным ролям (родитель, супруг, сын или дочь, член общества)
5. Честен, лоялен, спокоен, щедр
6. Уверен и гибок в отношениях с другими.
7. Хороший слушатель
8. Обладает реалистичными ожиданиями во взаимоотношениях с другими
9. Обладает хорошим чувством юмора
10. Способность прощать
11. Хорошо поставлена речь
12. Честолобив и трудолюбив
13. Находчив

Описанные выше качества сильных сторон клиента не означает использование на практике их в полном объеме. Оценка каждой стороны должна зависеть от контента проблемы и от ситуации. Как считает исследователь, в идеале, социальный работник должен быстро определять имеющиеся сильные стороны клиента.

Предлагаемый выше список сторон клиента может помочь социальному работнику

- быстрее понять проблему, а не выяснять качества клиента и их важности в практическом процессе.
- выбрать самые сильные стороны и описать их клиенту для лучшего налаживания отношений, тем самым подкрепив его доверие.

В процессе практики произошло расширение философских принципов, предложенных Д. Салиби. Так американские психологи *Г. Ратт* и *Л. Салливан* предложили в начале нового века «стандарты сильных сторон», на которых базируются современные терапевтические подходы, среди них

- **ориентация на цель:** практика, основанная на сильных сторонах, ориентирована на те уровни целей, которых они хотели бы достичь в своей жизни,
- **оценка сильных сторон:** основное внимание уделяется не проблемам или недостаткам, а признанию наличия у человека неотъемлемых ресурсов, которые он имеет в своем распоряжении, может использовать для противодействия любым бедствиям, на этих основаниях ему оказывается поддержка,
- **ресурсы из окружающей среды:** в каждой среде есть люди, ассоциации, группы и учреждения, которым имеют возможности и ресурсы, которыми может воспользоваться практик для помощи клиенту,
- **методы определения сильных сторон клиента и окружающей среды для достижения цели:** перспектива сильных сторон не исключает разнообразие методов, ее применяющих. Например, в терапии, ориентированной на решение, клиентам будет оказана помощь в постановке целей до выявления сильных сторон, в то время как при ведении ряда случаев, с оценки сильных сторон клиента начинается терапия,
- **отношения, вселяющие надежду:** подход, основанный на сильных сторонах, направлен на повышение надежды у клиента, надежда может быть реализована через укрепление отношений с людьми, общинами и культурой.
- **значимый выбор:** люди являются экспертами в своей собственной жизни, а роль практикующего профессионала состоит в том, чтобы увеличивать и объяснять выбор и побуждать людей принимать собственные решения и осознанный выбор.

Данные принципы могут быть полезными в практическом взаимодействии социального координатора с пациентами, они позволяют формировать просоциальную позицию, противодействовать установкам социального иждивенчества.

Помимо принципов, регулирующих социальное поведение, не менее важным в данной перспективе направленность данных принципов на регулирование речевого поведения.

Как считают специалисты, эффективная помощь, построенная на сильных сторонах, может быть реализована только в тех случаях, когда, она реализуется в речевых практиках вне экспертных оценок, основанных на стигматизирующих ярлыках. В этой связи необходимо избегать следующие дескрипторы индивидуального поведения:

- не соответствует требованиям
- резистивный
- нежелающий меняться
- немотивированной
- плохая проницательность
- несогласованный в действиях
- дисфункциональный
- оппозиционный
- вызывающий
- преступник

### *Теория систем*

Теория систем была разработана в 1940-х и 1950-х годах австрийским биологом *Людвигом фон Берталанфи* (1968) как подход к пониманию взаимосвязанности различных отношений в жизни человека. Ученый выдвинул предположение, что на поведение любой живой системы могут влиять другие условия.

Теория систем не пытается объяснить человеческое поведение, но утверждает, что человеческое поведение рассматривается через три различные системы отсчета: биологическую, психологическую и социальную. Теория систем отходит от линейного объяснения причин и следствий, чтобы оценить сложные взаимодействия между индивидом и всеми аспектами его биопсихосоциальной системы. Другими словами, истинная роль систем теория заключается в том, чтобы помочь социальному работнику обратить внимание на эти сложные взаимодействия между клиентами и их окружением.

Другой аспект теории систем в социальной работе, проявляется не только в подходах «личность-в-ситуации», но и дает возможность осмысление межсекторального взаимодействия различных учреждений, что отражает данный подход в концепции американских ученых *А. Пинкус* и *А. Минахан*, описавшие секторальную модель помощи.

Данные подходы дают описание и логику взаимодействия различных структур на мезоуровне практики, который реализует социальный координатор при взаимодействии с различными институтами, социальными сетями, семьями.

Секторальные модели помощи, помогающий процесс реализуется через систему социально ориентированных профессиональных технологий, которые включает в себя следующие элементы:

- система социального агентства
- клиентская система
- целевая система
- система действий

**Система социальных агентств** - система организаций, способствующая индивидуальным и общественным изменениям. В данных системах агентом изменений является социальный работник, как «агент изменений».

**Клиентская система** – Под клиентской системой американские исследователи А. Пинкус и А. Минахан понимают все многообразие обращений различных людей за помощью. Эта система включает индивидов, группы, семьи, организации, общины, обращающиеся за помощью и пользующиеся услугами проводника перемен.

Клиентская система — это субъекты, которые обратились к социальному работнику с просьбой о помощи в решении их проблем и оформили контракт (устное соглашение) о сотрудничестве. С точки зрения авторов, социальный работник заключивший контракт с клиентами, не только уважает их гражданские права, но и организует процесс

взаимодействия как процесс сотрудничества и партнерства.

**Целевая система** - субъекты, на которых направлены интервенции. Целевая система имеет более сложную структуру организации, и она не связана только с субъектами, изменений которых желают родственники и близкие люди. Субъектом, требующего вмешательства может выступать и организация, община и отдельный институт, мешающий функционированию других субъектов и групп.



Рис. 6.3. Парадигма профессиональных компонентов по С. Шрестху

*Целевая система и система клиентов* составляют диалектическое единство, где одна система просит изменение на основе контракта, а другой требуется изменение на основе потребностей референтных групп.

*Целевая система* может становиться клиентской системой, в том случае если она стремится реализовывать свои потребности в изменении, прося о помощи и поддержки. Диалектика единства данных систем проявляется и в том, что для них характерны силы сопротивления и силы побуждения по обеспечению необходимых перемен.

*Силы сопротивления* характерные для данных систем: нежелание принимать чью-либо помощь; страх потери собственных позиций; неверие в то, что перемены возможны; нежелание тратить время; препятствие к сотрудничеству; неуверенность.

*Силы побуждения*: желание получить помощь; готовность добиваться положения и ресурсов; вера в достижимость перемен; преодоление дискомфорта; реакция на угрозу ограничения статус-кво; альтруизм.

*Система действий* в подходе, *А. Пинкус и А. Минахан* определяется как последовательная серия интервенций, направленных на достижение поставленных целей и задач. При этом каждый этап действий определяется целевыми установками. Определять цели на каждом этапе позволяют конечные цели всей системы и целевые методы социального работника.

Конечная цель — это такое состояние, при котором происходит изменение ситуации в направлении запланированных перемен. Целевые методы — система действий необходимых для решения проблемы. Процесс социальной работы состоит из ряда фаз, основными которыми являются:

- 1) возникновение необходимости перемен;
- 2) установление отношений, необходимых для перемен;
- 3) выяснение и анализ проблемы клиента;
- 4) исследование альтернативных путей и целей решения задач;
- 5) превращение намерений в реальные действия;
- 6) обобщение и стабилизация необходимых перемен;
- 7) достижение конечных намеченных отношений.

На данных подходах формируются базовые процедуры интервенций клиентов в социальных агентствах.

Базовые интервенции в социальных технологиях подчинены следующим последующим действиям:

- информирование клиента о возможностях агентства



- информирование клиента о возможностях обеспечения (условия, возможности, периодичность и т.д.)
- сбор необходимой информации о клиенте
- интервьюирование клиента с целью предварительного выяснения его проблемы, беспокойства или запроса



Рис.6.4. Основные роли социального работника

- определение прав клиента на предоставление ему необходимых социальных услуг
- достичь соглашения с клиентом о его готовности получать необходимое обслуживание в социальном агентстве
- определить необходимые услуги для конкретного случая или запроса.

Исходя из данных установок на технологический процесс в агентстве,

социальные работник реализуют следующие два основных направления социальной работы с клиентами:

- технологии индивидуального социального менеджмента (кейс менеджмент)
- технологии индивидуальной социальной защиты (кейс адвокатирование)

*Философия деятельности* данных технологий основывается на принципах экологической перспективы в основе:

- индивидуальная поддержка осуществляется за счет ресурсов окружающей среды, она должна способствовать развитию индивида,
- поддержка должна способствовать социальному функционированию клиента необходимо придерживаться баланса между потребностями клиента и возможностями ресурсов, необходимых и достаточных для обеспечения его адаптации к окружающей среде.

Важнейшими функциями социального работника является оценивание ситуации и потребностей клиента, на основе ресурсов агентства и индивида; планирование и координация предоставления комплекса необходимых услуг, на основе программы и плана индивидуальной поддержки; осуществление контрактирования и мониторинга проблем клиента; информирование, консультирование, осуществление эмоциональной поддержки клиента, разрешение конфликтных ситуаций, возникающих в процессе жизнедеятельности клиента.

Реализация данных функций осуществляется в технологиях социальной поддержки и защиты, где основными ролями социального работника являются: консультант, брокер/координатор, адвокат.

Консультант осуществляет следующие функции

- устанавливает доверительные отношения с клиентами;
- обеспечивает ежедневную поддержку и обеспечение клиента на основе его запросов и плана лечения, в соответствии с возможностями и ресурсами агентства;
- определяет дисфункциональные паттерны поведения клиента, помогает сформировать позитивные модели поведения, способствующие социальному функционированию в сообществе;
- обеспечивает информацией и обучает навыкам социального функционирования на основе поддержки и ресурсов социальных сетей.

Брокер/Координатор реализует следующие действия

- обеспечивает предоставление необходимых ресурсов клиенту,
- содействует осуществлению оказания услуг, интервенций клиенту в рамках плана лечения в агентстве.

Адвокат обеспечивает доступность ресурсов социального агентства клиентам в решении их проблем, обеспечивает защиту их прав и свобод.

Ведущей моделью деятельности профессионалов в контексте данных технологий во многих странах мира сегодня является био-психо-социальный подход, который направлен на выявление взаимосвязи между биологическими, психологическими и социальными факторами, влияющих на социальное функционирование клиента. Отсюда стратегия интервенций направлена на всестороннюю помощь клиентам в решении их проблем.

### **6.2.2. Модели теории практики в технологиях социальной координации**

Теории практики дают объяснение определенных, устоявшихся ситуаций и моделей поведения клиента, и дают общие рекомендации по осуществлению интервенций. В этой связи они определяют направление помощи, которые могут привести к определенным изменениям.

Практические знания, которые связаны с моделями практики, были так охарактеризованы британским исследователем *М. Пэйном*: практические знания представляют «собой описание набора теоретических подходов, которые соответствуют

действиям в индивидуальной ситуации социальной работы. В основе психологические и социологические объяснения субъективного поведения человека применительно к ситуации и оценке случая. Практическая теория, как правило, систематизирует представления, на основе сочетания эклектических идей и подходов».

Как считают исследователи, основными подходами в реализации практического знания в моделях социальной координации являются следующие подходы:

- теория конфликтов,
- теория рационального выбора,
- теория социального обучения,
- трансперсональная теория,
- теория психосоциального развития,
- теория развития,
- теория семейного жизненного цикла.

### *Теория конфликтов*

Теория конфликтов в социальной работе представлена в двух своих парадигмах психологической и социологической. Такой подход обусловлен помогающей практикой, когда профессионалу необходимо учитывать в своей деятельности индивидуально-личностно факторы проблемы клиента и средовые проблемы.

#### *Психологические теории конфликта*

Начало психологическим теориям конфликта было положено З. Фрейдом, в основе которого лежал интропсихический конфликт между структурными инстанциями ИД, ЭГО и Супер –Эго. Природа конфликта, с его точки зрения, также существует между влечениями и запретами, что вызывает различные патологические состояния. В течение времени в теории психологических конфликтов образовались школы и направления как в России, та и за рубежом осмысляя различную типологию конфликтов межличностные, организационные, этнические, классовые, межнациональные и т.д.

#### *Приложение к социальной работе и практике социальных координаторов*

Среди многообразия психологических теорий конфликтов в практике социальной работы особую роль играют подходы к межличностным и ролевым конфликтам. Межличностные конфликты возникают из-за столкновения несовместимых потребностей, целей, отношений. Ролевые конфликты определяются несовпадением ожиданий сторон, взаимозависимостями, несовместимостью ожиданиями. Данные конфликты определяют природу проблемной ситуации, которую разрешают социальные работники. Исследуя

природу трудной жизненной ситуации пациента профессионалы на фазе диагностики осмысливают такие факторы как перцептивные факторы, коммуникативные, поведенческие структурные влияющие на взаимодействие между субъектами.

### *Социологические теории конфликтов*

Развитие социологических теорий конфликта начинается с работ *Г. Спенсера*, осмыслившего с позиций социального дарвинизма, как неизбежное явление в обществе. В дальнейшем теория конфликта развивалась в направлении понимания противоречий в обществе на основе социально-экономических, расовых, классовых различий. Различные школы и направления осмысливали конфликт как неотъемлемую часть развития общества, приводящая к социальным изменениям, либо к свержению его, либо к социальной интеграции, конфликт в обществе рассматривался также как особая форма сопротивления структурному неравенству, которое неизбежно в обществе.

### *Приложение к социальной работе и практике социальных координаторов*

Социологические теории конфликта служат важным компонентом социальной работы. Теории конфликта дают объяснение того, каким образом различия во власти влияют на повседневную жизнь людей и сообществ. Профессионалы обращаются к этим асимметричным властным отношениям, помогая противостоять как источникам, так и симптомам неравенства.

### *Теория рационального выбора*

Теория рационального выбора обеспечивает основу для понимания как человеческого поведения, так и поведения экономических систем. Эта теория предполагает, что социальное поведение является следствием поведения отдельных субъектов, делающих личный выбор на основе индивидуальных предпочтений, считающих, что он принесет наилучший конечный результат.

Предполагается, что индивидуальный выбор чаще всего определяется рациональными предпочтениями, и что рациональные люди будут использовать информацию, анализ вероятности и рентабельности для определения предпочтительного курса действий. Теория рационального выбора не ставит своей целью описать процесс определения предпочтительного образа действий, но предлагает стратегии для прогнозирования наиболее вероятных моделей выбора и результатов, основанных на том, что является наиболее рациональным.

### *Приложение к социальной работе и практике социальных координаторов*

Теория рационального выбора дает социальным работникам основу для понимания мотивов индивидуального поведения, особенно в контексте личных отношений. Эта модель признает, что такие факторы, как личный интерес, справедливость и целеустремленность, могут влиять на принятие личных решений.

Теория рационального выбора может применяться к тому, как мы ориентируемся в отношениях один на один, как мы переживаем семейную динамику и как мы участвуем в различных других формах социальной организации, которые занимают центральное место в нашей жизни. Профессионалы могут ссылаться на теорию рационального выбора, помогая клиентам оценить справедливость и ценность их личных отношений на основе рационального наблюдения за вознаграждениями и затратами, связанными с этими отношениями.

### *Социальная конструктивистская теория*

Теория социального конструкционизма утверждает, что реальность строится как через объективные, так и через субъективные подходы. Теория утверждает, что знание не создается органически, а, напротив, конструируется обществом в соответствии с общими значениями. Социальных конструкционистов больше всего волнует процесс, посредством которого эти общие значения формируются, поддерживаются и изменяются.

#### *Приложение к социальной работе и практике социальных координаторов*

Для профессионалов теория социального конструкционизма представляет собой основу для понимания того, каким образом на индивидуальное когнитивное развитие влияет окружающий культурный контекст. По сути, социальный конструктивизм дает социальным работникам инструменты для принятия инклюзивности, признавая способы, которыми общие значения и сконструированные знания формируют людей, сообщества и группы. Это путь к поддержке и интервенциям, которые гармонируют с культурными потребностями и перспективами затронутых клиентов и сообществ.

### *Теория социального обучения*

В конце 1970-х психолог *Альберт Бандура*, на основе наблюдений, приходит к выводу, что нет прямой связи между стимулом и реакцией, или между поведением и подкреплением, что было сформулировано, его предшественниками, в частности Б. Скиннером. Вместо этого между стимулом и реакцией устанавливаются посреднические механизмы, которыми являются когнитивные процессы человека.

Одним из выводов, который делает *А. Бандура* является утверждение, что мы учимся и приобретаем новое поведение, наблюдая за другими. Согласно его подходу человек, обучается в социальном контексте, при этом действия других могут иметь влияние на то, что считается приемлемым поведением. Механизмы наказания и вознаграждения дополнительно усиливают наблюдение за поведением, что влияет на его изменение. Теория А. Бандуры расширила традиционные бихевиористские модели, признав, что существуют различные внутренние когнитивные процессы, которые перенимаются при наблюдаемом поведении, особенно на этапах формирования раннего периода развития.

### *Приложение к социальной работе и практике социальных координаторов*

Теория социального обучения позволяет понять профессионалам взаимосвязь между когнитивными функциями пациента и его поведением. Определив, на каком этапе развития пациента усвоено дисфункциональное поведение, можно разработать целевое вмешательство. В частности, теория социального обучения дает социальным работникам основу, с помощью которой можно противостоять негативным ассоциациям, полученным в результате обучения, особенно между дисфункциональным поведением и предполагаемым вознаграждением. Это может дать информацию о стратегиях лечения, таких как позитивное моделирование и косвенное подкрепление.

### *Трансперсональная теория*

Трансперсональная теория объединяет область психологии с духовными и трансцендентными аспектами человеческого опыта, подчеркивая цель достижения уровня сознания, выходящего за рамки личной идентичности. Возникнув в 1960-х годах и получив все большую известность в 1990-х, трансперсональная теория опирается на темы понимания, человеческого потенциала и достижения трансцендентного состояния сознания. Трансперсональная теория исходит из того, что многомерная личность существует в реальности, которая сама по себе тоже многомерна. находится за пределами материальной реальности, воспринимаемой физическими чувствами, и которая обеспечивает контекст для эго-ориентированной личности, с которой большинство людей идентифицируют себя.

Одна из основных целей этой теоретической модели - способствовать индивидуальному развитию, выходящему за рамки «я», путем содействия единству духовности и теоретических основ современной психологии.

### *Приложение к социальной работе и практике социальных координаторов*

Трансперсональная теория подчеркивает сознание вне границ личностной идентичности, уделяя особое внимание духовным аспектам человеческого опыта. В контексте социальной работы трансперсональная теория подчеркивает роль, которую эти духовные измерения играют в нашем благополучии. Трансперсональная теория утверждает, что каждый человек обладает способностью исцелять себя и достигать личностного роста, используя внутреннюю мудрость. Цель трансперсональной социальной работы - научить клиентов использовать эти способности. Профессионалы помогают пациентам подвергнуть сомнению свои основные убеждения в отношении своего диагноза, снизить тревожность, отстраниться от своего эго и, в конечном итоге, устранить барьеры, ведущие к нормальной жизни.

### *Теория психосоциального развития*

Теория психосоциального развития, эпигенетическая теория Э. Эриксона, где под эпигенетической системой автор считал совокупность факторов, воздействующих на человека в течении жизненного цикла, исходит из того, что на наше развитие влияют как внутренние психологические факторы, так и внешние факторы окружающей среды. Считается, что эти факторы могут иметь огромное влияние на психическое здоровье и благополучие. В своей первоначальной теории психосоциального развития Эрик Эриксон выделил восемь стадий развития, которые здоровый человек должен пройти от младенчества до поздних стадий взрослого возраста. На каждом этапе Эриксон определял появление ключевых черт:

Таблица 6.3.

### Стадии психосоциального развития

Стадия	Возраст	Психо-социальный кризис	Основная характеристика
Орально-сенсорная	0-1 год	Базовое доверие – недоверие к миру	Надежда
Мышечно-анальная	2-3 года	Автономия – стыд, сомнение	Способность к волеизъявлению
Локомоторно-генитальная	4-6 лет	Инициативность – вина	Целеустремленность
Латентная	7-11 лет	Трудолюбие – некомпетентность	Компетентность
Подростковая	12-18 лет	Достигнутая (гармоничная) идентичность - диффузная идентичность	Верность своим идеалам
Молодость (ранняя взрослость)	19-35 лет	Близость – изоляция	Любовь
Взрослость	35-60 (65) лет	Продуктивность – застой	Забота
Зрелость (старость)	От 65 лет	Эго-интеграция – отчаяние	Мудрость

Психолог считал, что способность эффективно проходить эти стадии формируется как биологическими, так и социокультурными силами, и что переход между этими стадиями часто вызван социальным кризисом.

#### *Приложение к социальной работе и практике социальных координаторов*

Теория Э. Эриксона утверждает, что люди проходят этапы своего развития в зависимости от того, как они относятся к социальному кризису на протяжении всей жизни. Эти социальные кризисы влияют на то, как они реагируют на окружающий мир. Теория дает социальным



работникам набор предположений, позволяющих определить, насколько эффективно клиенты справляются с кризисами на соответствующей стадии развития. Этапы развития представляют собой своеобразную дорожную карту жизненного цикла, которую социальные работники могут использовать для выявления индивидуальных проблем и предоставления необходимой поддержки и услуг для их решения.

### *Теория развития*

Теория развития представляет совокупность концептов, раскрывающих возможности и перспективы общества к позитивным изменениям. Концепты теории развития находят свое отражение в отдельных областях познания, например, геополитики, а также междисциплинарных подходах и направлениях общественной мысли.

Так в концепциях модернизации обосновываются подходы, что экономическое развитие посредством модернизации может способствовать расширению возможностей и общественному равенству. Концепты структурализма обосновывают идеи о том, что определенные структурные реалии могут стоять на пути экономического роста и т.д.

Современные концепции развития формируются в контексте дискурсов многополярного мира, коренизации и деколонизации стран и континентов.

#### *Приложение к социальной работе и практике социальных координаторов*

«Социальная работа с развитием» - это относительно новый подход, в котором подчеркивается важность «социальных инвестиций» в практике помогающей деятельности. Это относится к необходимости материальной поддержки клиентов/пациентов социальной работы, особенно лиц из группы высокого риска, таких как бездомные, пожилые, инвалиды или люди, страдающие психическими заболеваниями. Такой теоретический подход доминирует в практической деятельности социальных координаторов, особенно в организациях здравоохранения.

В рамках этого подхода социальные работники и социальные координаторы помогают пациентам реализовать свои права, на основе «доступа к реальным и значимым общественным ресурсам, и услугам», в целях удовлетворения своих потребностей.

### *Теория семейного жизненного цикла*

Теория жизненного цикла семьи фокусируется на процессах изменения, происходящих в индивидуальной семейной динамике, и на том, как эти изменения модифицируют системные отношения на протяжении всей жизни.

Важные этапы жизненного цикла семьи включают обретение финансовой и социальной независимости, развитие супружеских отношений, воспитание детей, рождение внуков и



старение супругов. Важные вехи жизненного цикла часто связаны с ритуалами, которые включают рождение, брак и смерть. Переходы через этапы жизненного цикла семьи приводят к изменениям ролей, отношений, социальных статусов.

### *Приложение к социальной работе и практике социальных координаторов*

Жизненный цикл семьи играет важную роль в социальной работе из-за формирующего и постоянного воздействия, которое семейная динамика оказывает на индивидуальные возможности, мировоззрение и психическое здоровье отдельных клиентов. Для многих личные кризисы могут быть вызваны дисфункцией или нарушением жизненного цикла семьи из-за таких событий, как развод, заключение в тюрьму или жестокое обращение. Социальные работники часто берут на себя роль помощи людям в преодолении этих кризисов.

Социальные координаторы должны учитывать семейные обстоятельства пациента, которые могут осложнять социальное функционирование пациента, приводить к повторной госпитализации.

### **6.2.3. Практические модели в подходах к технологиям социальной интеграции**

**Модель** – это набор концепций, принципов и техник, которые используются в процессе интервенций при оказании помощи клиентам. Модели – это пошаговое руководство, схема взаимодействия, которой придерживается социальный работник, чтобы добиться изменений

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

Основные интервенции с различными группами можно представить в виде следующей таблицы:

**Таблица 6.4.**

#### **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 поддержки	Интервенции реабилитации, социальной поддержки, социальной терапии, медицинского обслуживания.	Клиенты с ограниченными физическими возможностями, ВИЧ-инфицированные клиенты, клиенты с неизлечимыми болезнями.

Интервенции анти-дискриминации	Интервенции аккультурации, анти-дискриминации, активизации.	Клиенты эмигранты, клиенты, клиенты различных групп меньшинств.
--------------------------------	---	---

Несмотря на разнообразие интервенций, техники взаимодействия имеют общие элементы, которые характерны и для деятельности социального координатора, реализующего свою деятельность в условиях госпитализации пациента. Условно базовые техники можно классифицировать по следующим основаниям:

- ***техники практического взаимодействия (интеракции)***

- открытие случая,
- создание контактов и установление взаимоотношений,
- предложение интерпретаций,
- составления контракта,
- закрытие случая и завершение взаимоотношений,
- ведения записей,
- подведение итогов.

- ***техники коммуникативного взаимодействия***

- задавать открытые вопросы, закрытые вопросы, специальные вопросы,
- парафраз,
- разрешение и использование молчания,
- установление обратной связи,
- ведения переговоров,

- ***специальные техники социального координатора***

- зондирование (исследование),
- интервью,
- обеспечение информацией,
- обеспечение объяснением,
- предложение поддержки и подтверждение,
- обеспечение поддержкой и подбадривание,
- консультирование,
- управление тревогой,
- активизация внутренних ресурсов клиента,
- посредничество,
- обеспечение защиты и контроля.

### *Интервенции социального ухода и терапии*

Данные интервенции связаны со спецификой групп, которые имеют проблемы с социальным функционированием. Применительно к пожилым клиентам 65+, которые помимо проблем биопсихосоциального развития, чаще, чем другие группы, являются жертвами насилия, пренебрежения, агрессии.

### *Основные интервенции к пациентам 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 жизни. Не менее сложной проблемой являются состояния депрессии, которые могут быть вызваны ситуациями горя и утраты, которые 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 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 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, в практике социальной работы, агрессивное поведение со стороны молодых и сильных, определяется как эйджизм. Другим фактором является ограничение активности пожилых людей в повседневной жизни, ограничения в перемещении в окружающей среде. Для людей пожилого возраст опасность представляется в ситуации бесконтрольного употребления медикаментозных препаратов, особенно с алкоголем. Алкоголизм в старческом возрасте является специфической проблемой, как и проблемы с различными формами деменции.

В подходах к пожилому пациенту в мировые практики социальной координации используют как традиционные методы терапевтической работы, о чем мы писали выше, так и специальные методы интервенций.

*Основными формами интервенций* являются модели индивидуальной терапии, которые имеют кратковременные стратегии помощи, от 3 до 5 сессий, из-за ограниченного срока пребывания пациента в медицинском учреждении. Такими клиническими интервенциями, а работе социального координатора являются:

- терапия решения проблем,
- краткосрочная когнитивно-поведенческая терапия,
- мотивационное интервью,
- терапия, направленная на решение задач,
- поведенческая активация.

*Терапия решения проблем (PST)* - это когнитивно-поведенческое вмешательство, которое помогает пациентам решать психосоциальные проблемы. В основе поэтапная работа включающая алгоритм последовательных взаимодействий среди них: определение проблемы, формулировка целей, разработка, реализация и оценка плана. Терапия решения проблем является адаптивным тренингом индивидуальным, и возможно групповым, более эффективного справляться со стрессом, трудными жизненными ситуациями.

*Краткая когнитивно-поведенческая терапия* - терапия базируется на традиционных основах когнитивно-поведенческой терапия (КПТ), сочетающая поведенческие и когнитивные методы, но модифицированная о 4–8 сеансов. В основе классические подходы модели когнитивной депривации, сформулированные *А. Беком*:

- когнитивная триада,
- схема,
- когнитивные ошибки.

Пациент в результате терапевтического взаимодействия осмысляет особенности своих негативных представлений о себе, своем опыте, собственном будущем (когнитивная триада), разбирает вместе с терапевтом свои схемы поведения, сложившиеся в процессе жизненного цикла, (разбор схем) а также когнитивные ошибки на основе произвольных умозаключений, избирательных представлениях, общих выводов на основе частных случаев, и других негативных паттернов поведения осложняющих социальное функционирование пациента.

Когнитивно-поведенческая терапия предлагает социальным работникам основу для помощи людям в решении проблем в их собственном поведении, которые могут влиять на

личные, социальные и профессиональные результаты. Когнитивно-поведенческая терапия предлагает проверенную стратегию лечения для людей с психическими заболеваниями, проблемами психического здоровья или тех, кто переживает травмы или кризис. Эта модель лечения включает как когнитивные, так и поведенческие аспекты в стратегии, которые помогают клиентам ориентироваться в ситуациях, изменяя негативные мыслительные процессы и дисфункциональное поведение.

*Мотивационное интервьюирование* — это поддержка пациента на основе разговорных методов, которые позволяют устранять амбивалентность пациента, двойственность, призвано помочь людям изменяться в процессе разговорной терапии.

Мотивационное интервью основывается на четырех базовых основаниях: выражение сочувствия, определение несоответствия, работа с сопротивлением и развитие самоэффективности пациента.

*Терапия, направленная на решение задач* — это краткая терапия, представляет собой практическую стратегию лечения, которая учитывает различные временные императивы, связанные с социальной работой. Клиентам часто требуются стратегии, которые могут помочь им незамедлительно добиться прогресса в решении проблем. Такая ситуация возникает в процессе взаимодействия социального координатора и пациента, когда проактивно обсуждается вопрос о необходимости предоставления ему социальных услуг.

Деятельность осуществляется в ситуации различных ограничений таких как в доступность времени, ресурсов, информации, видения ближних и средних перспектив. Практика, ориентированная на задачи, рассматривает партнера как партнера в процессе взаимодействия, наделенного инструментами для самостоятельного управления сложившейся ситуацией. С точки зрения стратегий долговременного ухода, практика, ориентированная на задачу, обычно начинается с диагностики актуальных проблем, предоставления краткосрочных стратегий для решения этих проблем на этапе госпитализации пациента, и построения плана долгосрочного взаимодействия после госпитализации, с привлечением по необходимости ресурсов учреждений социальных служб.

*Поведенческая активация* — это вмешательство при депрессии, которое фокусируется на активации поведенческих реакций и процессов, препятствующих процессам лечения, работа с пациентом по направлениям: избегающее поведение и руминативное мышление, беспокойства и тревоги, другими негативными эмоциональными состояниями. Это метод включает в себя идентификацию активности пациента, формирование позитивного настроения активизацию его самофиксации, вовлечение в посильную деятельность, вызывающую позитивные эмоции, а также постановку

ежедневных небольших целей и постепенный выход на постановку пациентом долгосрочных целей.

*Специальными интервенциями* для клиентов пожилого возраста 65 + являются:

- модели реминисцентной интегративная терапия,
- валидационная терапия,
- терапия, ориентированная на реальность.
- релаксационная тренировка,
- командный уход,
- психообразование,
- неформальные консультации с поставщиками.

К интервенциям ухода относят модели долгосрочного ухода за пожилыми людьми, которые принимают различные формы: 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 основана 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 их биопсихосоциальному состоянию. Ориентация в реальности позволяет клиентам улучшает самочувствие клиента, повышает его самооценку, помогает 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 направлены клиентам, которые неспособны проживать самостоятельно 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

- осуществление ежедневной личной гигиены,
- в организации ежедневного досуга,
- организации перемещений в учреждения здравоохранения и учреждения культуры,
- осуществления питания клиентов,
- предоставление необходимых лекарств,
- предоставление социального взаимодействия.

*Релаксационная тренировка* - релаксационная тренировка относится к различным техникам, включая обучение диафрагме дыхание, внимательность и визуализация.

*Командный уход* - это метод оказания медицинской помощи с использованием команды, в которую входят: врачи, практикующие медсестры, фельдшеры, медсестры, поставщики услуг по уходу за полостью рта, акушерки, социальные работники, санитарные работники и многие другие, к которым необходимо комплексно подходить потребности пациента в уходе.

*Психообразование*- относится к систематическому методу обучения пациентов и их родственников о расстройстве поведенческого здоровья и разработке стратегий для улучшения совладания с трудностями (например, сведения о характере диагноза; развитие коммуникативных навыков; предотвращение рецидива симптомов).

*Неформальные консультации с поставщиками* - иногда называемая «консультацией у обочины», относится к практике социального координатора, краткой, импровизированной консультации с лечащим врачом пациента для получения информации как для самого пациента, так и ухаживающих за ним родственников о принципах и стратегиях домашнего ухода и комплаенса.

### **6.3. Общая модель интегративной социальной координации в организациях здравоохранения**

Интегративная модель социальной координации- это модель социальной работы, которая имеет как общие, так и специфические технологии в ее реализации.

#### **6.3.1. Теоретическая модель помощи в логике индивидуальной социальной работы**

Социальная работа, реализуемая в медицинских учреждениях, имеет общую направленность, характерную для технологий данного вида помогающей практики, которая сложилась в процессе институционализации помогающей практики.

Технология социальной работы представлена в виде последовательных действий, которые осуществляет социальный работник в решении проблем клиента. В мировой помогающей практике сложились следующие модели последовательных действий профессионала:

- ОПРА – оценка, планирование, реализация, анализ (APIE)
- ОПРК - оценка, планирование, реализация, контроль (APIR)
- ОПРКА - оценка, планирование, реализация, контроль и анализ (APIRE)

Логика взаимодействия определяет общие черты работы с клиентами, независимо от теоретических моделей, которые могут иметь специфику на уровне отдельных элементов, ролевых особенностей профессионала, коммуникативных отношений, которые выстраиваются на директивной, либо недирективной основе, времени взаимодействия, кратковременного или долговременного, а также с использованием информационных средств взаимодействия, предоставления помощи в режимах онлайн и офлайн.

Директивная и недирективная практика технологического процесса строится на следующих идеологических основаниях:

- проблемы клиента обусловлена из-за недостатка, либо отсутствия ресурсов, компетенций, навыков, либо сочетанием всех этих дефицитов одновременно,
- социальные работники обеспечивают ресурсами клиентов, отзываясь на их потребности, противодействуют различным формам несправедливости и дискриминации,
- клиенты, находясь в различных дисфункциональных состояниях способны принимать решения, делать свой выбор, управлять и контролировать свое окружение. Социальные работники содействуют расширению прав, возможностей, доступу клиентов к ресурсам, противодействуют негативным воздействиям окружающей среды,
- профессионалы предоставляют социальные услуги клиентам, используя ресурсы системы социального обслуживания, активизируют сильные стороны самого клиента и естественные системы поддержки,



- клиенты, обращающиеся за услугами, имеют потребность к переменам в своей жизнедеятельности,
- клиенты не зависимо от их дееспособности, особенностей социального статуса, состояния здоровья имеют право на уважение их достоинства и реализацию их прав, свобод и гарантий,
- социальные работники несут полную ответственность за помощь клиентам в раскрытии их сильных сторон, способность к росту и переменам,
- несмотря на то, что проблемы клиентов формируются с течением времени, в прошлом, сосредоточившись на текущих событиях возможно преодолеть текущие проблемы, облегчить положение клиента через модели преодоления.

### *Основные технологические этапы работы с клиентом в социальной работе*

Процесс помощи начинается с первой встречи, где своеобразным образом запускается механизмы технологического процесса, который позволяет выяснить исходную пропозицию проблемы и наметить последовательные шаги по ее разрешению.

#### *Первичный контакт Ориентация в проблеме клиента на основе его рассказа.*

На данном этапе происходит ориентация в проблеме клиента, которая может быть представлена им самим, либо заявителями проблемы, теми людьми, которые берут на себя ответственность в презентации ситуации. Так, например, заявитель может сообщить об имеющихся фактах семейного насилия, ситуаций детского пренебрежения и т.д. Анализ ситуации осуществляется с учетом социального контекста, институциональных и организационных факторов, что позволяет общие и специфические особенности ситуации.

Социальный работник должен сориентироваться, на сколько 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 элементов ситуации аффективных, материальных, социальных, физических, интеллектуальных, описывает внешние и внутренние силы, способные привести к ее изменению, выявляет ресурсы. 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;
- обоснование типов и форм интервенций, периодичность их применения, применительно к конкретному случаю.

### *Реализация. Осуществление интервенций*

Реализация интервенций происходит на основе утвержденного плана и контракта, заключенного с социальным агентством. В зависимости от характера случая интервенции могут иметь либо директивную, либо недирективную направленность действий.

### *Подведение результатов работы*

На основании утвержденного плана действий и контракта, после его выполнения, происходит оценка ситуации клиента, определение в ней положительной динамики, или достижение конкретных результатов.

### *Анализ. Завершение действий*

Интервенции со стороны социального работника в отношении индивида, группы, семьи, организации имеют ограничения по времени. Поэтому 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.

### ***6.3.2. Общая модель клинической интегративной социальной координации: отечественный и зарубежный опыт***

Социальная работа в организациях здравоохранения имеет свои технологические особенности, они определены потребностями пациента, его спецификой трудной

жизненной ситуации, особенностями социального функционирования в системе «личность-в-окружающей среде».

Специфика работы с пациентами в учреждениях здравоохранения обусловлена особенностями реализации технологий социальной работы, принципами взаимодействия с пациентами, что реализуется в интегративной модели социальной координации.

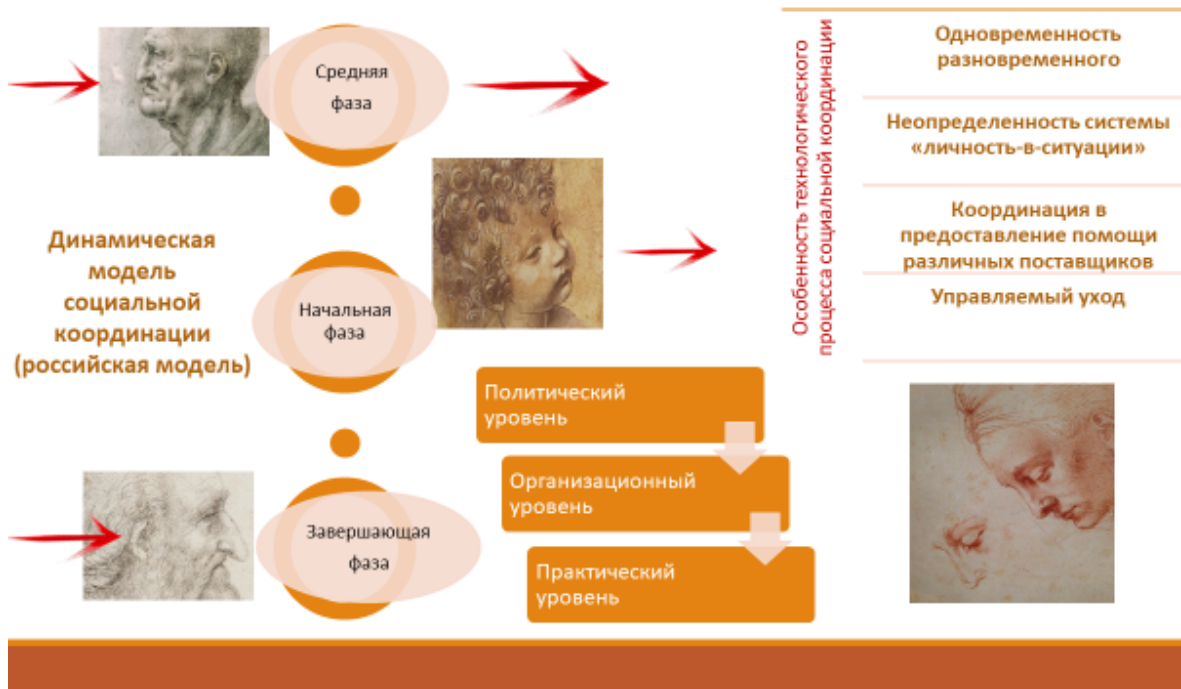


Рис. 6.4. Динамическая модель социальной координации

### *Особенность технологии социальной координации*

Особенности процесса социальной координации в отличие от других практик реализуемых при поддержке человека, нуждающегося в помощи, можно обозначить по следующим векторам развития:

- политическому,
- организационному,
- технологическому.

#### *Политические идеологемы вектора развития*

Реализация политических идеологем направлена, на создание механизмов возмещения и контроля расходования затрат на процедуры, услуги, сопровождение пациентов, создание межведомственных инструментов использования технологий и информационных систем для постоянной оценки результатов.

Социальный координатор основной поставщик социальных услуг, деятельность которого реализуется на микроуровне в отношении отдельного индивида, пациента, с

учетом биопсихосоциального статуса, его семьи, так и макроуровне с подключением ресурсов организаций, ведомств и общественных институтов.

Сочетание в практической деятельности интервенций микроуровня, диагностики, терапии, консультирования, сопровождения, и макроуровня интервенций, организации предоставления услуг от различных учреждений и организаций, определяет функциональные особенности профессиональной деятельности социального координатора.

В этом отношении социальная работа, в формате ее менеджмента, социальной координации, представлена не столько как «работа со случаем», традиционно реализуемой в общей практике, сколько, согласно мировым тенденциям, «управляемым уходом».

Методы «управляемого ухода» направлены не только на снижение затрат на госпитализацию, но прежде всего на оказание адресной помощи пациенту 65+ на всех этапах долговременного ухода.

#### *Организационный вектор развития*

Организация межведомственного сотрудничества, создание сетей межведомственных, волонтерских, семейных по уходу за пациентом, организация взаимодействия с потребителями услуг и поддерживающими сообществами, создание интегрированных информационных систем и коммуникаций.

Деятельность социального координатора реализуется в организациях здравоохранения на основе межведомственного подхода, сотрудничества и координации между учреждениями социальной защиты и другими государственными структурами, организациями, в целях оказания интегрированной помощи пациентам 65+, находящимся в ситуации госпитализации.

Межведомственный подход предполагает интегрированный уход за пациентами, включающий мультидисциплинарный командный подход различных специалистов по оказанию помощи пациентам в решении их проблем со здоровьем и психическим здоровьем, а также в достижении социального благосостояния в повседневной жизнедеятельности.

#### *Практический уровень развития*

Особенности реализации процесса помощи определены спецификой деятельности социального координатора, которому приходится оказывать поддержку, находясь на различных стадиях реализации проектов индивидуальной помощи пациентам.

При этом отличительное поле деятельности профессионала определено рядом феноменов, которые определяют его сущностное отличие, такими основными феноменами являются:

- феномен вариативной темпоральности,

- феномен неопределенности,
- феномен координации.

### *Феномен вариативной темпоральности*

Процесс реализуемый социальным координатором осуществляется в вариативной темпоральности в ситуации «здесь и сейчас», по определению немецкого философа Вельша, в ситуации «одновременности разновременного».

Социальный координатор, оказывая помощь пациенту в ситуации «здесь и сейчас», оказывает помощь различным пациентам, которые находятся на различных стадиях выписки из медицинской организации. Находясь в процессе социальной координации, в течение рабочего дня, смены, рабочей сессии, в конкретный период времени, он реализует различные технологические сценарии помощи, которые «разнесены во времени», имеют различные сценарии своего развития, одновременно: «открывает ситуацию ухода», встречаясь с вновь поступившими пациентами, и в тоже время продолжает технологический процесс «непрерывного ухода», на различных его стадиях развития.

Так работая с пациентом, который находится на лечении несколько дней, на средней стадии, социальный координатор продолжает предоставление услуг, осуществляет процесс координации, сопровождения, социального консультирования, которое было запланировано в ситуации «там и тогда», в средней временной перспективе.

Однако, в ситуации «здесь и сейчас», когда социальный координатор «открывает технологический процесс сопровождения», он в тоже время для другого пациента/пациентов продолжает реализовывать ранее запланированные социальные услуги, и в тоже время для другого/других пациента/пациентов у которых заканчивается процесс лечения, в этот же временной отрезок реализует сценарии завершения технологического процесса, подготавливая к выписке пациента реализуя технологии, связанные с сопровождением, выпиской, транспортировкой.

В этой вариативной, многофакторной темпоральности в ситуации «здесь и сейчас» и создается индивидуальная, согласно И. Ялому, «новая терапия» для каждого пациента, при условии принятия им «контракта на предоставление услуг».

### *Феномен неопределенности*

В отличие от других форм помогающей практики, социальный координатор, «не имеет своего пациента», которого он ведет от фазы «открытия случая» до его технологического завершения, он постоянно «открывает» и подключается к технологическому процессу на всех его дальнейших стадия осуществления. В этом

контексте, проявляются динамические характеристики помогающей ситуации, которая характеризуется своей «неопределенностью».

«Неопределенность» как свойство системы «личность-в-ситуации», в которой реализуется социально-координационный процесс, относится не только к ситуации, возникающей в контексте процессуальных действий, но и особенностей поведения пациента, которое обусловлено его заболеванием, о чем будем говорить ниже.

Согласно исследованиям российского психолога, А. Лурия «внутренняя картина болезни», реакция пациента на болезнь, на директивные вмешательства социального координатора в процесс жизнедеятельности в «условиях госпитализации» по-своему определяют состояние неопределенности.

Пациенты с сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями, травмами будут иметь свои особенные паттерны реагирования не только на процесс взаимодействия с профессионалом, но и оказание необходимых услуг, сопровождение и сам процесс госпитализации в медицинском учреждении.

Таким образом, различные векторы неопределенности, вызванные проблемными полями практики и поведением пациента, создают тот своеобразный контекст технологического процесса социальной координации, который отличает данный вид помогающей практики, от других существующих помогающих технологий и моделей.

### *Феномен координации*

Не менее важным отличительным фактором в технологиях практики социального координатора является его специфика деятельности и зона ответственности, в мультидисциплинарной команде, которая осуществляет интегрированный уход за пациентом.

Сфера практики, зона ответственности социальных координаторов, в области комплексного интегрированного ухода связана со следующим функциями:

- осуществление координации в предоставлении помощи различных поставщиков услуг ведомств и организаций,
- привлечения общественных ресурсы от имени пациента,
- содействие в обеспечении клинических вмешательств для пациентов с проблемами здоровья и поведенческого здоровья.

Рассматривая деятельность социальных координаторов в более широком контексте, мировой и отечественной практике, можно отметить сложившиеся следующие подходы в содействии помощи пациентам:

- предоставление пациентам поддержки для управления их собственным лечением,

- интеграция клинических информационных систем для предоставления данных о результатах в режиме реального времени для поддерживающих и контролирующих структур,
- разработка межпрофессиональной системы обслуживания на основе мультидисциплинарных команд,
- использование научно обоснованных практических руководств в совместном процессе принятия решений помощи пациентам,
- создание организационной поддержки различных организаций и ведомств,
- максимизация ресурсов сообщества для поддержки пациентов на дому.

Социальный координатор реализует все виды практики, соответствующие сфере деятельности в области социальной работы. Социальный координатор предоставляет социальные услуги на основе определения потребностей пациента, его семьи, в тех случаях, когда они необходимы и возможны на основе действующего законодательства.

При предоставлении социальных услуг пациенту, профессионал координирует, оценивает, контролирует их обеспечение, а со стороны внешних носителей услуг их доставку до пациента, потребителя социальных услуг.

### 6.3.3. Общая клиническая интегративная модель социальной координации

Модель социальной координации как помогающая модель технологии помощи в отечественных медицинских организациях сегодня представлена трех частной структурой, сложившихся в международной помогающей практике и идущий от традиций, заложенных З. Фрейдом.

Модель социальной координации – это одна из клинических моделей социальной работы, в которых реализуются различные техники и интервенции, от диагностики до сопровождения клиента, от консультаций самого пациента, до консультирования его семьи, которая может происходить в различных режимах офлайн и онлайн, от предоставления социальных услуг, до помощи медицинскому персоналу в выписке пациента из больницы. Клиническая модель социальной координации, включающая в себя



Рис 6.5. Функциональная модель социальной координации



различные фазы работы направлена на помощь пациенту при различных состояниях способствовать сопровождению при его госпитализации и оказание социальных услуг, непосредственно в медицинских учреждениях.

Клиническая модель социальной координации состоит из начальной, средней и завершающая фазы работы, каждая фазы работы имеет свою логику структуру и технологические особенности.

### *Начальная фаза работы с пациентом*

На начальной фазе работы с пациентом реализуются первичная диагностика клиента, которая реализуется на биопсихосоциальном и духовном уровне. Эта комплексная оценка состояния пациента, позволяющая эффективно осуществлять не только процесс лечения, регулируя психосоматическое состояние пациента не только медикаментозными средствами, но и средствами психологической поддержки, сопровождения, консультирования, оказания социальных услуг.

Комплексная оценка включает в себя, биологический, психологический, социальный и духовный диагноз, которые в своей совокупности дают представления о пациенте, его потребностях, социальных коммуникациях, что позволяет планировать процесс сопровождения пациента и решение необходимых задач по его маршрутизации, предоставлении медицинских и социальных услуг, как в медицинских организациях, так и в учреждениях социальной защиты.

Начальная фаза состоит из серии последовательных шагов среди них:

- социальная рекогносцировка
- взаимодействие с пациентом (первая встреча)
- биопсихосоциальная и духовная оценка пациента.
- совместное планирование,
- контрактирование
- документирование

### *Социальная рекогносцировка*

Социальная рекогносцировка — это фаза работы, которая включает в себя следующие элементы технологического процесса: «открытия случая», диагностика, картина заболевания пациента, возможный запрос о помощи со стороны социального координатора.

#### *«Открытие случая».*

Процесс социальной рекогносцировки, начальная фаза активизации процесса помощи, начинается с получения информации социальным координатором о поступивших



новых пациентах, с различными диагнозами как на плановой основе, запланированная госпитализация, так и пациенты, экстренно госпитализированные, вследствие внезапного обострения хронических заболеваний.

Врачи письменно предоставляет сведения социальному координатору, которые включают следующую информацию:

ФИО, пол, возраст (полных лет), год рождения, категория (инвалид, участник ВОВ, трудового фронта и т.д.), диагноз, наличие родственников, контакты (в случае отсутствия, фиксируется, ставится как задача для социального координатора), палата, отделение, корпус, этаж.

В практике работы социальных навигаторов (социальных координаторов) Глобального Севера медицинская информация несет в себе более расширенную информацию.

Медицинская информация включает в себя историю болезни пациента, с указанием ранее госпитализаций, перенесенных операциях, хронических заболеваниях, инвалидности. Представленный диагноз дает информацию о назначенном лечении, информацию об обезболивании, если это имеется.

При различных диагнозах указывается дополнительная информация, которая может помочь социальным навигаторам учитывать построение индивидуального маршрута социальной навигации.

Так при травмах, сообщается о причинах получении травмы, особенно когда это касается пожилых и престарелых. Обязательно указывается употребление пациентом психоактивных веществ, возможных осложнений. Социальный навигатор получает информацию о принятии лекарств пациентом, их дозировку, а также побочных действий.

Так как социальные навигаторы ведут терапевтическую работу, оказывают услуги по предоставлению краткосрочной терапии с пациентами, эта информация им необходима для проведения эффективной работы.

#### *«Предварительная диагностика случая»*

Перед непосредственным взаимодействием с пациентом, на основе полученной первичной информации от врачей. Социальный координатор осуществляет предварительный прогноз о возможных группах пациентов, с каждой из которых он должен выстраивать свои коммуникации, быть готовым реализовывать те, или иные интервенции, предоставлять определенный комплекс социальных услуг.

В этой связи социальные координаторы делают предварительный прогноз, о возможных группах, с которыми им придется взаимодействовать на основе полученной информации, осложняющие процесс оказания помощи и социальных услуг.

Таковыми группами, с которые требуют повышенного внимания становятся:

- группы повышенного риска,
- группы риска,
- группы потенциального риска.

#### *Группы повышенного риска*

К группам повышенного риска, в мировой практике, относят пациентов, которые имели мысли или попытки суицидального поведения, наличие планов и средств для самоубийства. В этой связи процесс биопсихосоциальной и духовной оценке у таких пациентов откладываются пока не будет соответствующее медицинское заключение.

Социальный координатор должен иметь представление о возможных триггерах суицидального поведения, включающие биологические, психологические и социальные факторы. Например, среди биологических факторов сильная неконтролируемая боль, психологических – глубокая депрессия, социальных – смерть родных и близких, духовных – потеря смысла жизни, возможно сочетание как всех факторов, так и отдельно взятых.

Особую группу пациентов представляют те, которые имеют опасность для окружающих, либо имеют планы причинения другим. Социальные координаторы должны быть готовы пресекать различные формы насилия информируя правоохранительные органы.

Особую группу представляют пациенты с инвалидностью, особенности если они не могут самостоятельно удовлетворять свои базовые потребности в результате тяжелого психического расстройства, сниженных когнитивных способностей.

Признаками глубокой инвалидности, в том числе и психической являются:

-физическое состояние: грязная одежда, публичная нагота, плохая гигиена, недоедание и обезвоживание;

-психологические факторы: тяжелая паранойя, галлюцинации или кататония, мешающие клиенту удовлетворять свои основные потребности;

- социальные факторы: неспособность самостоятельно проживать в комнате, квартире, доме вследствие проблем с психическим здоровьем и сниженными когнитивными способностями.

Особую групп представляют пожилые пациенты, перенесшие различные виды насилия. Информация может быть получена предварительно, на основе медицинского диагноза при осмотре пациента, где характерами признаками будут необъяснимые травмы, растрепанный внешний вид, признаки того, что его удерживали, потеря веса, плохая гигиена, пролежни, заболевания, передающиеся половым путем.

На основе медицинского диагноза, а также в процессе получения информации в процессе разговора с пациентом, необходимо выяснить и другие возможные формы насилия и пренебрежения.

### *Группы риска*

Внутренняя картина болезни пациента определяет его психологическое состояние, определяет выбор придерживаться или не придерживаться планов лечения, предложенных врачами, такая «ситуация маятника», характерна не только для притягивания/ отталкивания медицинских услуг, но и социальной, и психологической помощи. В соответствии с концепцией А.Е. Личко и Н.Я. Иванова при острой фазе хронических заболеваний у пациентов могут быть специфические поведенческие реакции, которые осложняют лечебный процесс, ученые определяют следующие типы основных, таких пациентов:

- ***Неврастенический:*** характерно поведение по типу "раздражительной слабости". Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность.
- ***Меланхолический:*** характерна удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.
- ***Апатический:*** характерно полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны, утрата интереса ко всему, что ранее волновало.
- ***Паранойяльный:*** характерна уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения и побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.
- ***Дисфорический*** - (характерно тоскливо-озлобленное настроение).
- ***Обсессивно-фобический:*** характерна тревожная мнительность прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе,

семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

- **Тревожный:** для этого типа реагирования непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнений, методах лечения, непрерывный поиск "авторитетов". В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность – вследствие этой тревоги).
- **Ипохондрический:** характерно сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

#### *Группа потенциального риска (различные соматические заболевания)*

Социальный координатор, получая задание, по роду своей деятельности практически взаимодействует с пациентами, которые имеют различные заболевания от сердечно-сосудистых до онкологических, от эндокринных до неврологических и т.д.

Как показывают исследования, многообразие соматических заболеваний определяет различные психологические реакции у пациентов, что должно учитываться социальными координаторами при построении коммуникаций, получения информации, прогноза оказания услуг и консультирования.

Рассматривая общие подходы к пациентам группы потенциального риска, российский психолог *А. Тхостов* предложил их объединить на основе общей характеристики, которая присуща им не зависимо от заболевания. С его точки зрения такой характеристикой пациента является «сдвиг цели на мотив», при этом происходят личностные изменения среди важнейших, он определяет следующие:

- изменение ведущего мотива деятельности,
- замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого порядка,
- снижение уровня опосредованной деятельности,

- сужение основного круга отношений человека с миром (сужение интересов, обеднение мотивационной сферы),
- нарушение степени критичности и самоконтроля.

### *Социальные роли пациента*

Пребывания пациента в медицинской организации актуализирует не только специфические психосоматические реакции, но проявляются определенные роли, некая «эрзац-социальность», неполноценная социальность, определяемая статусом больного человека в условиях госпитализации. Эта «эрзац-социальность» определена болезнью, согласно американскому социологу *Т. Парсонсу*, которая придает особый статус человеку и определяет его, санкционированное общество, на определенный вид девиации, которая, по мнению социолога обладает определенными характеристиками, среди них:

- освобождение от повседневных социальных обязанностей,
- не в состоянии о себе заботиться,
- как правило, желает возвратиться к нормальной жизни,
- обычно обращается за компетентной профессиональной помощью.

Присвоение этих характеристик, на основе индивидуальных сформированных качеств в процессе социализации, пациент, следуя своему статусу, может демонстрировать различное ролевое поведение, что определяет, как процессы коммуникации, так и его запросы. В таблице даны основные поведенческие паттерны пациентов в условиях госпитализации в ситуациях измененного статуса.

**Таблица 6.4**

### **Основные поведенческие паттерны пациентов**

<b>Типология</b>	<b>Поведенческая характеристика</b>
<i>Агрессор</i>	- не принимающий требования госпитализации, рассматривая ее как ограничение свободы передвижения, делинквентный, асоциальный, с деформированным эго-слабым, депривированный.
<i>Альтруистичный</i>	- пациент, живущий ради других. игнорирующий свои потребности в уходе и социальном обслуживании, тревожащий за жизнедеятельность своих близких в свое отсутствие, в ситуации госпитализации, имеющий явную/ не явную потребность в социальных услугах, но отдающий приоритеты, в том числе и их предоставлении своим родным и близким.
<i>Виктимный</i>	-пациент, рассматривающей себя как жертву обстоятельств: жизненных, семейных, социальных, обвиняющий, требующий компенсации в виде социальной помощи, не осознающий ее необходимость, поскольку она не является актуальной потребностью

<i>Инфантильный</i>	отказывающийся принимать роль взрослого человека, отвечающего за свою дальнейшую судьбу, делегирует ответственность на родственников, персонал осуществляющий уход, считающий, что проблемы могут решиться без его активного участия
<i>Недовольный</i>	неоднократно госпитализированный пациент, имеющий представление о процессе лечения и предоставляемых социальных услугах, требующий предоставления необходимых медицинских и социальных услуг
<i>Неопределившийся</i>	-пациент, который на данный момент не может определиться в необходимости получения социальных услуг
<i>Отказчик</i>	- пациент, который не заявляет на первой встрече о необходимости предоставления социальных услуг, но меняющий свое решение в процессе госпитализации
<i>Паллиативный</i>	пациент, находящийся на терминальной стадии госпитализации
<i>Позитивный</i>	-идуший на контакт, адекватно понимающий необходимость получения / не получения социальных услуг со стороны социального координатора
<i>Покинутый</i>	-пациент, в силу жизненных обстоятельств не имеет рядом, с собой родных и близких, которые могли бы оказать ему необходимый уход и поддержку
<i>Потерянный</i>	-пациент в силу возрастных когнитивных изменений, особенностей медицинского диагноза, принадлежности к другим социокультурным группам не понимающий своего состояния, произошедших с ним изменений, условий жизнедеятельности, связанных с госпитализацией
<i>Травмированный</i>	- пациент, ставший жертвой физического, психического, сексуального, финансового, морального насилия и пренебрежения со стороны близких или третьих лиц (одного из них, и /или в их совокупности)

### ***Взаимодействие с пациентом (первичный контакт)<sup>1</sup>***

#### ***Основные задачи первичного контакта***

На фазе первичного контактирования приоритетной задачей для социального координатора является передача пациенту своего позитивного отношения, в процессе взаимодействия профессионал должен постоянно демонстрировать теплоту, эмпатию, уважение.

Клиент и социальный работник, на фазе первичного контакта, устанавливая отношения, определяют в ролевых позициях, этому способствуют механизмы обратной

<sup>1</sup> В разделе данные общие подходы к коммуникациям. Алгоритм действий по каждой услуге, которую выполняет социальный координатор прописаны в третьей части учебника.

связи, которые активизирует социальный работник. Ролевая динамика присутствует на всех стадиях поддержки. Процесс формирования отношений — это длительный процесс, который продолжается на последующих фазах работы с пациентом.

На данном этапе происходит сбор первичной информации по проблеме и ее оценка.

На данном уровне устанавливаются первичные коммуникации с клиентом на вербальном и невербальном уровне. Взаимодействие направлено на гармонизацию отношений, поддержка осуществляется с первых минут взаимодействия. Большое внимание уделено механизмам обратной связи.

Исследования *Ж. Шафран* показали, что на фазе первичного контакта необходимо выработать ряд правил, которые должны способствовать развитию механизмов обратной связи, что, в свою очередь, должно способствовать адресной помощи клиенту:

- при встрече с пациентом необходимо демонстрировать заинтересованность в ситуации клиента, сопровождая взаимодействие эффективными коммуникациями;
- совместно обсуждать ожидания клиента о необходимой помощи, в процессе госпитализации;
- необходимо решить, будет ли социальная служба полезной в решении проблемы;
- предложить необходимые услуги, которые имеются в социальной службе;
- сориентировать клиента в помогающих интервенциях;
- заполнить необходимые документы.

Необходимо помнить, что процесс оказания помощи, предоставление социальных услуг, координация, консультативная беседа будет осуществляться проактивно, на основе активно-директивного подхода, о чем мы писали выше.

В этой ситуации, как показывает практика, в частности, терапевтические подходы *К. Роджерса*, клиент/пациент, не проявляющий активности, не берет на себя ответственность за решение потенциальных проблем, которые могут возникать как в процессе госпитализации, так и при выписке пациента из больницы. Социальный координатор в этой связи выступает как «некоторое третье лицо», которое берет на себя ответственность за решение проблем пациента без его официального запроса. В этом контексте «приемы воздействия» у профессионала достаточно ограничены, и они сводятся «к внушениям и советам».

Согласно *К. Роджерса* «внушения и советы» — это вспомогательные терапевтические приемы, однако они широко применяются в практики социальных навигаторов Глобального Юга. Так внушение со стороны профессионала, по мнению Э.



Бибринга, индуцирует, побуждает к действию, к принятию решения пациента, в отношении предлагаемых мер поддержки.

Совет, другая форма терапевтического воздействия, прямое указание к действию пациенту. Социальный координатор скорее осуществляет информирование пациента о потенциальных возможностях получения социальных услуг, ставит его перед выбором, а не выполнением конкретного действия.

Однако и внушение, и совет активизируют осознание пациентом наличие/отсутствие потребности в социальных услугах на данном этапе жизнедеятельности.

### *Процесс взаимодействия социального работника и клиента в первичном контакте*

Первая встреча с пациентом строится на простых и естественных отношениях. Социальный координатор представляется, уточняет свое место в социальной службе при больнице. Предлагает, в свою очередь представиться клиенту, уточняя информацию, полученную от медицинского персонала.

Формальные операции необходимо сопровождать доброжелательными коммуникациями, способствующими к расположению пациента к взаимодействию. На данном этапе происходит знакомство с проблемой на уровне уточняющих вопросов, как со стороны клиента, так и социального работника.

### *Демонстрация заинтересованности*

Демонстрация заинтересованности в ситуации пациента является необходимым элементом взаимодействия, так как это способствует его раскрепощению, формированию доверия, снятию барьеров и напряжения в процессе информирования о существующих услугах. Демонстрация заинтересованности – это первый шаг в формировании рабочего альянса с пациентом, начало терапевтической поддержки, в регулировании его психосоматического напряженного состояния.

Демонстрация заинтересованности достигается за счет эффективного слушания и видения пациента, а также за счет вербальных и невербальных средств коммуникации. Все это входит в навыки сопровождения.

Однако, в осуществлении действий по сопровождению клиента необходимо учитывать культурные, гендерные, этнические стереотипы коммуникаций, чтобы не вызывать у него чувства дискомфорта или агрессии.

### *Оценка пациента*

В клинической практике на наиболее широкое распространение имеет биопсихосоциальный подход, при котором анализируются биологические,



психологические и социальные факторы, влияющие на изменение жизненного сценария клиента.

При этом используют многофакторные подходы к проведению оценки, которые основываются на интегративном подходе. Важнейшими феномены оценки являются биологические, психологические, социальные феномены, позволяющие всесторонне анализировать поведение клиента и его социальное функционирование в системе общественных отношений.

Основными фаза оценки на микроуровне являются:

- сбор информации,
- систематизация полученной информации

### *Сбор информации на основе биопсихосоциального духовного подхода*

Социальный координатор на основе полученной информации от медицинского персонала, в процессе первичного взаимодействия проводит скрининг оценку по психосоциальным параметрам, на основе медицинского диагноза (биологического анализа).

При проведении процедуры оценки необходимо поманить следующие правила, которые сложились в практике клинической работы:

- пациент/клиент - это оценщик, а не профессионал, и ему необходимо информация по поводу предоставляемых социальных услуг с учетом его возрастных и когнитивных особенностей,
- пациенты/клиенты обладают ресурсами для решения своих проблем,
- привычные паттерны взаимодействия мешают попыткам осознать проблемы на этапе госпитализации, так и их развитие в постгоспитальный период,
- конкретные проблемы, возникающие в процессе госпитализации могут быть взяты под контроль пациентом, при помощи социального координатора.

При взаимодействии с пациентом согласно *Ф. Аллену и Л. Спитцеру* в клинической практике реализуется биопсихосоциальная духовная оценка (BPSS), которая включает в себя следующие параметры оценки, позволяющие выстраивать индивидуальное отношение с клиентом:

- биологические факторы: базовые потребности – доступ клиента к еде, жилью и т.д.
- психологические факторы: анамнез, личность, самооценка, лекарства, диагностика и история лечения,
- социальные факторы: система поддержки (друзья, семья, социальное окружение),

- **духовные факторы:** чувство собственного достоинства, смыслы и цели в жизни, религия и ее контекст в жизни пациента.

В процессе взаимодействия с пациентом, социальный координатор должен осуществлять его комплексную оценку, которая включает следующие характеристики:

- **внешний вид:** ухоженность, гигиена, соответствие одежды окружающей среде,
- **поведение:** соответствие выражений лица социальной ситуации; поза; уровень возбуждения (например, спокойный, возбужденный); психомоторная активность; тремор, тики или непроизвольные движения,
- **отношение:** спокойное и склонное к сотрудничеству;
- **настроение:** эутимическое, эутимическое (состояние ремиссии), раздражительное, приподнятое, тревожное, подавленное;
- **аффект:** является ли аффект грубым, ограниченным или чрезмерно экспансивным, соответствие аффекта социальной ситуации, является ли настроение или аффект стабильным, или лабильным;
- **речь:** является ли речь напряженной или прерывистой, соответствует ли громкость, легкость, с которой клиент разговаривает, тон существующей ситуации;
- **когнитивные способности:** ориентирован ли клиент на человека, место и время; способность обрабатывать информацию; уровень сознания (например, сонный, бодрствующий, в состоянии алкогольного опьянения); общие знания; способность интерпретировать абстрактные понятия; основные функции памяти;
- **мысли:** испытывает ли клиент бред, зрительные или слуховые галлюцинации, навязчивые идеи, озабоченности или фобии, свободные ассоциации (т.е. неуместные комментарии), полет идей (т.е. частая смена тем);
- **понимание и суждения:** признание озабоченности по поводу возникающих проблем, понимание вариантов лечения, способности решать проблемы.

Вопросы, которые задает социальный координатор они касаются тех социальных услуг, которые формируют определенное проблемное поле пациенте, решение и реализация которых является целью взаимодействия.

В отечественной и зарубежной практике процесс оценки осуществляется как на основе стандартизированных опросников, когда заполняются бланки ответов пациентов, как в «свободной форме» на основе «чувствительных вопросов», которые касается жизнедеятельности пациента, так и на основе форматизированных подходов с использованием цифровых платформ.

В связи с тем, что услуги, которые может предоставить социальный координатор на основе запроса пациента, реализуются на межведомственной основе, с включением ресурсов различных ведомств и организаций для этого используют информационные платформы, позволяющие ряд задач:

- организационных,
- координационных,
- управленческих,
- осуществление непосредственного взаимодействия с организациями предоставляющие услуги.

Активизация информационной системы осуществляется после того, как пациент принимает решение о получении необходимых социальных услуг.

#### *Обсуждение ожиданий клиента*

На данной фазе социальный координатор с пациентом обсуждает реальные возможности помощи со стороны, которые могут быть предоставлены со стороны социальной службы. Подробно описываются возможные ресурсы помощи, способы организации поддержки через другие учреждения. Социальный работник должен информировать пациента о возможностях решения его проблемы, обратив его внимание на длительность процесса, и те ресурсы, которые придется подключать непосредственно пациенту.

#### *Совместное планирование*

Социальный координатор информирует клиента о возможностях предоставления социальных услуг. При этом профессионал должен показать заинтересованность в решении проблем пациента, что он призван защитить его интересы, и обеспечить всеми ресурсами, которыми располагают социальные службы. В таблице даны те основные услуги, технологии помощи, которые может оказать социальный координатор в процессе госпитализации пациента.

Таблица 6.5.

№ п/п	Услуги, оказываемые социальной службой при больнице Наименование услуги	Ответственный	
		Сотрудник Службы сервиса	Социальный координатор
I.	Социально- бытовые технологии (услуги)		
2.	Покупка товаров первой необходимости		+
3.	Покупка лекарств по назначению врача		+
II.	Технологии социального содействия (услуги)		
4.	Содействие в размещении домашних животных на время госпитализации пациента		+

11.	Взаимодействие с родственниками, членами семьи с целью дальнейшего жизнеустройства пациента и осуществления ухода за нуждающимся пациентом	+
III.	Коммуникативные технологии (услуги)	
1.	Обеспечение дистанционной связи с родственниками	+
12.	Содействие в предоставлении сурдопереводчика	+
13.	Содействие в предоставлении переводчика	+
IV.	Технологии социально-педагогической поддержки (услуги)	
33.	Направление в школу родственного ухода члена семьи пациента	+
V.	Социально-правовые технологии (услуги)	
8.	Помощь в восстановлении документов	+
14.	Оформление документ для получения путевки в стационарное социальное учреждение	+
28.	Взаимодействие с консульствами/посольствами/представительствами регионов по вопросу поиска родственников и дальнейшего жизнеустройства пациента	+
VI.	Социально-консультативные технологии (услуги)	
6.	Консультация по предоставлению социальной помощи в г. Москве	+
24.	Содействие в получении психологической помощи	+
32.	Организация встречи с представителем духовенства	+
VIII.	Технологии социальной координации при выписки пациента (услуги выписки)	
17.	Организация и сопровождение выписки (информирование родственников, проверка наличия вещей и документов, передача пациента родственникам, вызов такси за средства пациента/родственника)	+
21.	Транспортировка пациента по маршруту «Больница – дом»	+
22.	Транспортировка пациента по маршруту «Больница – дом – больница» в сопровождении социального координатора	+

Пациент должен быть свободен в выборе предлагаемых услуг, и тех интервенций, которые с его точки зрения могут быть эффективными для решения его проблемы. Социальные координаторы информируют клиента о действенности услуг в решение его конкретной проблемы. Профессионалы выступают в данной ситуации в роли провайдеров, особенно это касается ситуаций помощи недееспособным пациентам.

В зависимости от выявленных проблем и имеющихся ресурсов пожилого человека, с учетом оценки гериатрических синдромов, выявления синдрома старческой астении, необходимо определить функциональный класс нуждаемости оказания социальной, медицинской помощи, при необходимости, потребности в уходе, определить маршрут предоставления этой помощи.

### *Контрактирование*

На данной фазе работы заключается контракт между пациентом и социальным координатором, в рамках тех программных продуктов, ресурсов, которые может предоставить социальный сервис. Это контракт может обсуждаться как с самим пациентом, так и заинтересованными сторонами, например, родственниками пациента или его опекунами, в случае делегирования пациентом свои полномочия.

В контракт, который может быть реализован в устной или письменной форме должны найти отражение следующие положения:

- описание роли пациента (родственников, опекунов) в процессе взаимодействия, его место в системе помогающего процесса, в предоставлении социальных услуг;
- спецификация социальных услуг, условия и порядок оказания помощи;
- условия пересмотра контракта;
- описание последствий, если не соблюдается сторонами выполнения принятого плана;
- управление политикой помощи, определение начала и завершения работ.

### *Оформление необходимых документов*

В случае принятия социальных услуг, социальный координатор оформляет необходимые документы, которые существуют в социальном учреждении. Данные формы имеют определенные стандарты, позволяющие идентифицировать клиента по имени, фамилии, месту проживания.

Общие принципы ведения документации соответствуют принципам организации

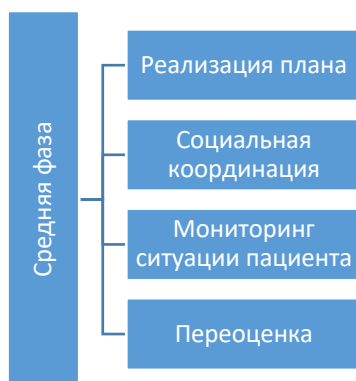


РИС. 6.5. СРЕДНЯЯ ФАЗА

управления социального учреждения. Социальные координаторы задокументируют принятие пациентом плана оказания социальных услуг. Документация должна отражать актуальную информацию по предоставлению помощи пациенту, отражать конкретные планы, услуги, время реализацию услуг, ответственных лиц за предоставление услуг, и лиц, контролирующих выполнения намеченного плана.

### *Средняя фаза реализации проекта*

Средняя фаза реализации проекта осуществляется после принятия пациентом решения о необходимости ему предоставления социальных услуг, которые ему могут быть предоставлены на основе действующего законодательства.

Средняя фаза работы с пациентом условно можно разбить на ряд под этапов:

- реализация плана,

- осуществление социальная координация,
- мониторинг ситуации,
- переоценка.

*Реализация плана работы* осуществляется после согласования социальным координатором его со старшим координатором, осуществляющий процесс социального администрирования на всей территории медицинской организации в сегменте предоставления социальных услуг пациентам.

### *Осуществление социальной координации*

Реализация процесса социальной координации, как процесса оказания социальных услуг реализуется многоступенчатого ухода за пациентом, принятом в мировой помогающей практики. Сущность этого подхода реализуется в том, что «система доставки» дополнительных услуг пациенту, осуществляется на основе «активизации» специализированных услуг по мере клинической необходимости.

Интервенции социальной координации реализуются исходя из задач, оговоренных в контракте с пациентом, интервенции, услуги, «желаемые» для клиента, они удовлетворяют его потребности, они достижимы и могут быть представлены во времени, определяемых контрактом.

Интервенции, реализуемые социальным координатором, в процессе оказания социальных услуг, могут быть дополнены, по мере пребывания пациентом в медицинской организации, членами мультидисциплинарной команды, в которую входят психологи и другие специалисты.

Рассматривая госпитализацию как своеобразный процесс «осложненной социализации» пациента, можно отметить, что возможны изменения в его поведении на основе как внутренних, психосоматических, так и внешних, социально-средовых факторов, что требует включения на основе принципов многоступенчатого ухода дополнительных средств и методов поддержки.

Таковыми клиническими, директивными, интервенций на основе проактивного подхода, согласно французский исследователь Б. Бланку могут быть интервенции, отраженные в таблице 6.5.

**Таблица 6.5**

### **Классификация интервенций по Б. Бланку**

Группа интервенций	Директивные интервенции
Первая группа	Принятие-поддержка-сопровождение -прием -разъяснение -поддержка -само рефлексия -сопровождение
Вторая группа	Информирование-ориентирование-образование -информирование -ориентирование - правовые выходы -материальная поддержка -образование
Третья группа	Убеждение – воздействие -совет -сопоставление -убеждение
Четвертая группа	Контроль и развитие власти -работа со следствиями -требования и ограничения -контроль
Пятая группа	Направлять и создавать новые отношения - управлять отношениями -относительное раскрытие -использовать созидание и соучастие в командном развитии
Шестая группа	Структурирование рабочих отношений с клиентом -структурирование времени -использование пространства -фокусирование на объекте работы

Выше мы говорили том, то процесс оказания услуг состоит на основе запроса пациента, однако процесс социальной координации реализуется, не только самого пациента, но и медицинского персонала. Особенно это касается тех случаев, когда помощь должна быть оказана, но сам пациент не может быть идентифицирован в следствии диагноза, например, амнезии, или потери пациентом социального статуса, например, пациенты без определенного места жительства.

В этих или иных случаях, социальный координатор направляет запросы как в службу социальных администраторов, так и другие ведомства, осуществляя в этой связи другую грань социальной координации. В таблице № 6.6. показаны спектр услуг, реализуемых социальным координатором через соответствующие службы, осуществляя межведомственное взаимодействие.

Социальные услуги, предоставляемые службой сервиса.			
№ п/п	Наименование услуги	Ответственный	
		Сотрудник службы сервиса	Социальный координатор
<b>II</b> Технологии социального содействия (услуги)			
5.	Содействие в дальнейшем жизнеустройстве лежачих пациентов, не являющихся жителями Москвы	+	
<b>III</b> Коммуникативные технологии (услуги)			
31.	Информирование ЕЦ о госпитализации родственника участника СВО	+	
34.	Информирование службы социального обслуживания на дому по месту жительства пациента о совершеннолетних недееспособных и инвалидах с детства, маломобильных, пожилых не мобильных родственниках пациента, оставшихся дома без присмотра с целью содействия в предоставлении социальной помощи и социальных услуг.	+	
<b>IV</b> Технологии социально-педагогической поддержки (услуги)			
29.	Взаимодействие с мобильной службой «Мой семейный центр» по вопросу помещения несовершеннолетнего, родственники которого госпитализированы по СМП в стационар	+	
<b>V</b> Социально-правовые технологии (услуги)			
7.	Содействие в подтверждении личности	+	
10.	Поиск родственников и иных близких лиц	+	
<b>VII</b> Клинические технологии индивидуальной социальной работы (услуги)			
27.	Организация определения индивидуальных потребностей гражданина в социальном обслуживании	+	
30.	Установление жизненных обстоятельств гражданина с когнитивными нарушениями	+	
<b>VIII</b> Технологии социальной координации при выписки пациента (услуги выписки)			



15.	Информирование КЦ стационар о выписке пациента, переводимого в стационарное социальное учреждение	+	
16.	Информирование поставщика социальных услуг о выписке пациента, признанного нуждающимся в социальном обслуживании на дому	+	
18.	Подъем на этаж	+	
19.	Содействие в предоставлении транспорта для перевозки лежачих больных	+	
20.	Транспортировка пациента специальным транспортом с подъемным механизмом	+	
23.	Транспортировка пациента по маршруту «Больница – дом» в сопровождении социального работника	+	
25.	Предоставление ТСР во временное пользование (костыли, ходунки, кресла-коляски)	+	
26.	Предоставление ТСР в постоянное пользование (костыли, ходунки, кресла-коляски)	+	
9.	Перевод в ГКАУ ЦСА им. Е.П. Глинки (иной организации осуществляющей функции по оказанию помощи данной категории граждан)	+	

### *Мониторинг ситуации*

Социальный координатор на данной фазе постоянно занимается мониторингом ситуации, поскольку как мы рассмотрели выше, ситуации неопределенности, возникающая в результате многофакторных изменений как в жизнедеятельности самого пациента, так и окружающей среды, требует постоянного контроллинга за ситуации госпитализации клиента.

Процесс мониторинга ситуации реализуется в тесном сотрудничестве с членами междисциплинарной команды, которые на своем уровне реализует «план ухода», оказывая необходимую психосоциальную поддержку.

Социальный координатор контролирует реализацию услуг, предоставляемых учреждениями и ведомствами, которые включены в план реализации ухода, также осуществляет связь с родственниками, если они являются частью плана реализации помощи.

### *Переоценка*

Как мы говорили выше, ситуация пациента может развиваться достаточно динамично, и не всегда позитивно. Например, процесс реабилитации пациента может иметь более продолжительные сроки, чем это было намечено из-за рецидивов со здоровьем. В этой связи и других случаях происходит процесс переоценки, которая определяет дальнейшие стратегии оказания помощи со стороны социального координатора, социальных служб, семьи и т.д., тех факторов которые были задействованы в процесс сопровождения ухода за пациентом на этапе госпитализации.

Повторная оценка должна включать в себя новую оценку необходимых услуг, по введению изменений в план сопровождения, с соответствующими методами изменений.

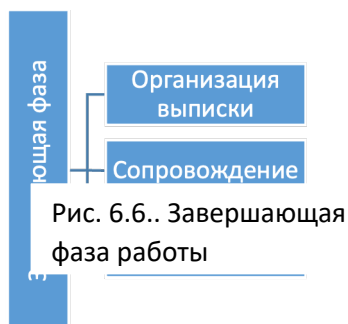
### *Завершающая фаза*

Завершающая фаза работы связана с выпиской пациента и организацией сопровождения пациента из больницы.

#### *Организация выписки и сопровождение пациента*

Важнейший этап в работе мультидисциплинарной команды, где у каждого ее члена должны быть свои функции и обязанности.

В Российской Федерации, когда институт социальных координаторов только складывается, основной технологией профессионалов является сопровождение пациента в пределах больницы и передача пациенту родственникам. В тех случаях, когда выписка осложнена, подключаются социальные службы, по месту проживания пациента с



организацией соответствующих услуг, которые могут предоставить соответствующие службы.

В целом же реализуется общий подход, реализуемый в практике социальной работы, когда после завершения сопровождения на этапе госпитализации, пациенту предоставляется информация о возможных ресурсах служб социальной защиты.

Определяются возможные риски и барьеры, которые могут возникнуть в постгоспитальный период даются рекомендации и информации о службах, которые могут оперативно реагировать в сложившейся трудной жизненной ситуации

### *Зарубежный опыт выписки пациента*

В мировой практике процесс выписки рассматривается как часть процесса непрерывного ухода, который продолжается в том числе и на территории проживания самого пациента, который приобретает статус клиента, со всеми вытекающими процедурами помощи и поддержки, включая психологическое консультирование и психотерапевтическую работу.

Такой подход не случаен, многолетняя практика работа в этом направлении показала необходимость продолжения дальнейшей работы, главная цель которой избегание повторной госпитализации пациента.

*Задача*, которая ставится перед социальными навигаторами, клинической социальной работы – это создание той терапевтической, реабилитационной среды на основе ресурсов семьи, социальных служб и межведомственного взаимодействия с организациями, оказывающими различные виды помощи и реабилитации.

*Другой задачей*, которая стоит перед социальными навигаторами, помимо осуществления «стыковки», «коннекта» с службами поддержки и реабилитации в окружающей среде.

*Третьей задачей*, стоящей перед социальными навигаторами, является формирование толерантной комплаентности пациента, выполнение необходимых инструкций по поддержке своего здоровья, приема необходимых лекарств и ведения образа жизни, способствующего поддержанию здоровья. В ситуации недееспособности пациента, ослабленности его когнитивных функций эта работа осуществляется с родственниками или опекунами пациента.

### *Завершение работы*

После выписки пациента социальный координатор заполняет необходимые документы по его убытию, подготавливает соответствующую документацию, принятую в социальной службе при медицинской организации

### **Общие выводы**

Социальная координация как направление деятельности клинической социальной работы реализуется в странах Глобального Севера, а также в Странах глобального Юга. Социальная координация как межведомственная работа учреждений социальной защиты и медицинских организаций реализуется в совместном проекте по оказанию помощи пациентам 65+ и пациентам без определенного места жительства.

Социальная координация на уровне технологических процессов реализуется как направление директивной, клинической социальной работы со всеми необходимыми фаза взаимодействия с пациентами.

Данное направление имеет свою философию деятельности, принципы работы, особенности реализации технологического процесса. Основная задача данного вида деятельности социальных работников координация помощи пациенту на этапе его госпитализации и интеграция в социум на основе организации необходимых социальных услуг, после его выписки.

Деятельность социального координатора организуется в междисциплинарной команде, где определены основные его функции и технологии помощи, направленные на оказание социальных услуг.

Особенность деятельности социального координатора заключается в том, что она реализуется на проактивной основе в дискурсах директивной практики.

### Вопросы и задания

1. В чем особенность подходов к деятельности социальных координаторов у представителей Глобального Севера и Глобального Юга?
2. Раскройте философские основания интегративной модели социальной координации?
3. Дайте характеристику основным принципам реализации мультимодального процесса интегративной социальной координации?
4. Раскройте особенности ситуативного принципа «здесь и сейчас» в системе социальной координации.
5. Покажите особенность принципов взаимодействия социального координатора и пациента в интегративной модели социальной координации.
6. Дайте характеристику экологической перспективе в социальной координации.
7. Покажите в чем особенность перспективы сильных сторон. Что дает этот подход в практической деятельности социального координатора?
8. Покажите особенность подходов в перспективе теории систем в социальной координации.
9. Дайте характеристику подходов в модели теории практики
10. Дайте общую характеристику практическим моделям в социальной координации.
11. Какие техники относятся к техникам практического взаимодействия (интеракции)
12. Перечислите основные техники коммуникативного взаимодействия. Как
13. Раскройте специальные техники социального координатора.
14. Дайте краткую характеристику основным терапевтическим подходам.
15. Раскройте особенность технологии социальной координации.
16. В чем специфика начальной фазы социальной координации?

17. Раскройте особенности средней фазы реализации проекта?

18. Покажите особенности социальной координации на заключительной фазе работы с пациентами.

### **Практические задания.**

#### **Ситуация 1.**

Мужчина, 62 лет, инвалид 1 группы по общему заболеванию. Проживает в пансионате на протяжении 3 лет. Поступил из дома, проживал с родной сестрой. Больше близких родственников не имеет. На данный момент женат на проживающей. Семья находится в состоянии развода.

ПСУ передвигается на инвалидной коляске, ампутация обеих ступней. Имеет синдром алкогольной зависимости, табакокурение. Органическое заболевание головного мозга сложного генеза. Направлен к психологу в связи с нарушением психоэмоционального состояния и поведения для психологической коррекции.

#### **Вопросы:**

1. Определите основную нормативно-правовую базу работы со случаем.
2. Выделите основные цели и задачи клинической социальной работы.
3. Составьте алгоритм диагностической работы.

**Ситуация 2.** Женщина В.В. 65 лет, не работает. Инвалид II группы. Разведена, с мужем не проживает. Имеет двое детей, отношения поддерживают.

В.В., поступила в учреждение на временное пребывание с целью реабилитации после перенесенного инсульта. В анамнезе два ОНМК, последнее 6 месяцев тому назад. Сенсомоторная афазия. Контакт малопродуктивен. Родственники обращались в центр восстановления ВПФ, логопедические занятия результата не принесли. На реабилитацию мотивирована. Психоэмоциональная сфера неустойчива.

#### **Вопросы:**

1. Определите основную нормативно-правовую базу работы со случаем
2. Выделите основные цели и задачи клинической социальной работы
3. Оцените возможности помощи в условиях госпитализации.

**Ситуация 3.** Получатель социальных услуг женщина, 57 лет, у которой в результате автомобильной аварии тяжёлая сочетанная травма. (Открытая проникающая ЧМТ. Ушиб головного мозга тяжёлой степени. Разрыв правой доли печени. Многочисленные переломы костей конечностей, таза, черепа). На момент обращения левосторонний гемипарез, нарушение двигательной функции нижних конечностей. Болевой синдром. Ходит

самостоятельно с опорой на трость. Жалобы на плохой сон, ранимость, плаксивость, тревожность, раздражительность, низкую самооценку, дефицит общения.

**Вопросы:**

1. Определите основную нормативно-правовую базу работы со случаем
2. Выделите основные цели и задачи клинической социальной работы
3. Составьте прогноз возможную социальную помощь и поддержку в условиях госпитализации.

**Ситуация 4.** Женщина, 72 лет, (ИБС, атеросклероз сосудов головного мозга, гипертоническая болезнь, остеопороз), инвалид 2 гр., пенсионерка, малообеспеченная, ухоженная, контактная. Жалуется на тягостное чувство одиночества, на тревожность и напряжение, ощущает свою изолированность в социуме, критична к окружению и к себе. Чувствует упадок физических сил; отсутствие понимания, внимания к себе со стороны дочери и внука. Эгоцентрична. Живет одна. В прошлом – инженер конструктор ЦКБ им. Туполева.

**Вопросы:**

1. Определите основную нормативно-правовую базу работы со случаем
2. Выделите основные цели и задачи клинической социальной работы
3. Составьте социальный раздел индивидуальной маршрутизации клинической социальной работы.

**Ситуация 5.** Женщина, 55 лет страдает системным заболеванием крови, инвалидность не оформляла. Воспитывает двух детей одна (дочери 15 лет, сыну 17 лет), работает воспитателем в детском саду. Денег на жизнь и на лечение не хватает, другой работы найти не может (пыталась не раз). Муж живет с другой семьей, никакой помощи не оказывает. Самостоятельно изучила английский язык для помощи своим детям в его изучении по школьной программе.

**Вопросы:**

1. Определите основную нормативно-правовую базу работы со случаем
2. Обозначьте проблему и предложите варианты ее решения после выписки из больницы.
3. Составьте индивидуальный план профессиональной помощи.

**Глава 7. Нормативно-правовые проблемы социальной координации в медицинских организациях**

Службы социальных координаторов, созданные на территории города Москвы, являются межведомственными, и они опираются на нормативно-правовую базу регуливающую оказание медицинской помощи, предоставления социальных услуг и межведомственного взаимодействия.

Социальная координация, как направление клинической социальной работы, представляет собой комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях межведомственных мероприятий, целью которых является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также лиц из групп социального риска.

Особенность данного вида практики заключается в том, что она формируется в тесном взаимодействии двух самостоятельных отраслей - здравоохранения и социальной защиты населения, деятельность которых реализуется на основе ведомственных законодательных актов.

### **7.1. Нормативно-правовые основы деятельности социальных навигаторов**

Нормативно-правовые основы деятельности социальных навигаторов закреплены в основополагающих документах, регламентирующих оказание услуг пациентам в учреждениях здравоохранения.

Документы можно разделить, на те, которые регламентирует предоставление гражданам социальных услуг и медицинской помощи, на уровне федеральных законов, и тех ведомственных приказов, и распоряжений, которые регулируют правовые отношения на территориальном уровне.

Однако высшим законом, определяющим правовые нормы в государстве, является Конституция Российской Федерации, в которой прописаны права и обязанности граждан. Определяют законодательную основу для права социального обеспечения и охрану здоровья.

Эти основополагающие законы дают основание для разработки федерального и отраслевого законодательства, в своих базовых подходах регламентируют деятельность социальных координаторов в межведомственном взаимодействии.

#### **7.1.1. Федеральное и законодательство субъектов РФ в определении деятельности социальных координаторов.**

*Конституция Российской Федерации* является высшей юридической силой в стране, обеспечивающей социально-правовую защиту россиян, являющаяся актом прямого действия. В этом качестве она выступает *основополагающим источником права социального обеспечения.*

В ст. 7 Конституции закреплены исходные юридические начала развития Российской Федерации как социального государства. Кроме того, принципиальное значение для всей системы права социального обеспечения имеют закрепленные Конституцией субъективные права и юридические гарантии в социальной сфере.

Конституция РФ также является основополагающим законом, регламентирующими *охрану здоровья населения* Российской Федерации:

**Статья 2.** Человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства.

**Статья 7.** В Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей.

**Статья 41.** Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

**Статья 45.** Государственная защита прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации гарантируется.

*Федеральное законодательство*, определяющее деятельность социальных координаторов представлена следующим законами:

— Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

— Федеральный закон "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ.

— Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. NN 323-ФЗ.,

— Федеральный закон "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" от 28.12.2013 N 442-ФЗ (ред. от 28.04.2023) Ст. 22. Содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение); Ст.21. Срочные социальные услуги, пп. 3-6;

— Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ направлен на развитие системы социального обслуживания граждан в Российской Федерации, повышение его уровня, качества и эффективности.

— Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 928н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (в ред. Приказов Минздрава России от 22.02.2019 N 88н, от 13.06.2019 N 394н, от 21.02.2020 N 114н) *(о введении должностей социального работника)*



— Распоряжение Правительства РФ «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения» от 05.02.2016 № 164-р

— Перечень Поручений Президента Российской Федерации от 23 августа 2017 г. № Пр-1650. по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также по поддержке семейного ухода.

Данные законы определяют нормативные отношения между потребителями и поставщиками социальных и медицинских услуг, определяют меры, типы и объемы помощи со стороны государства.

Регламентация деятельности социальных координаторов на уровне территории, г. Москвы, определены как постановлениями Правительства города, так и Департаментами, в чьем ведении находятся непосредственные службы, предоставляющие помощь пациентам на межведомственном уровне.

*Поручения Президента Российской Федерации и Распоряжения Правительства РФ:*

— Перечень Поручений Президента Российской Федерации от 23 августа 2017 г. № Пр-1650. по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также по поддержке семейного ухода.

— Распоряжение Правительства РФ «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения» от 05.02.2016 № 164-р.

*Законы и постановления* Правительства г. Москвы определяют особенности социального обслуживания москвичей, исходя из реальных проблем, существующих в мегаполисе, а также мер необходимой поддержки социально-уязвимых групп населения.

К таким законам относятся:

— Законом г. Москвы от 09.07.2008 N 34 (ред. от 07.06.2023) "О социальном обслуживании населения и социальной помощи в городе Москве".

— Закон города Москвы от 24.12.2014 года № 66 «О внесении изменений в Закон города Москвы от 9 июля 2008 года № 34 «О социальном обслуживании населения города Москвы».

— Постановление Правительства Москвы от 24 марта 2009 г. N 215-ПП «О порядке оказания в городе Москве адресной социальной помощи гражданам, находящимся в

трудной жизненной ситуации» (в ред. постановлений Правительства Москвы от 06.04.2010 N 277-ПП, от 17.05.2013 N 301-ПП, от 26.12.2014 N 829-ПП, от 23.12.2015 N 932-ПП, от 01.02.2018 N 44-ПП, от 11.12.2018 N 1526-ПП)

— Постановление Правительства Москвы от 26.12.2014 года № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в городе Москве»

— Постановление Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. № 827-ПП “Об утверждении дополнительного перечня категорий граждан, имеющих право на бесплатное предоставление социальных услуг в городе Москве по формам социального обслуживания, установленным Федеральным законодательством”

— Постановление Правительства Москвы от 21 февраля 2022 года N 213-ПП «О порядке оказания в городе Москве адресной социальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, и семьям с детьми, находящимся в социально опасном положении» (с изменениями на 28 февраля 2023 года) и др. Отметим, что в г. Москве предусмотрено также оказание адресной социальной помощи для малоимущих, находящихся в трудной жизненной ситуации и семьям с детьми, находящимся в социально опасном положении. Она может быть оказана в виде денежных средств, продуктов питания, в том числе горячего питания, средств ухода, санитарии и гигиены, одежды, обуви и других предметов первой необходимости, в т.ч. посредством предоставления электронного сертификата (ч. 1 ст. 19 Закона г. Москвы N 34).

— Постановление Правительства Москвы от 06.07.2022 № 1426-ПП “О внесении изменений в постановление Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. № 829-ПП”

В своей деятельности социальные координаторы руководствуются также приказами Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы. Приказы Департамента позволяют оперативно реагировать на изменяющуюся ситуацию в направлении деятельности социальной поддержки населения города, оперативно реагировать на запросы потребителей социальных услуг, определять основные виды и направления деятельности.

К таким приказам, которые определяют деятельность социальных координаторов можно отнести, остановимся на некоторых:

— Приказ ДТСЗН г. Москвы от 07.06.2022 г. № 512 “О порядке оказания адресной социальной помощи ветеранам Великой Отечественной войны, участникам обороны Москвы, бывшим несовершеннолетним узникам фашизма”,

— Приказ о взаимодействии Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы и подведомственных им

организаций при реализации социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»,

— Приказ ДТСЗН г. Москвы от 20.07.2022 № 726 “О мерах по реализации постановления Правительства Москвы от 6 июля 2022 г. № 1426-ПП”,

— Приказ ДТСЗН г. Москвы от 21.10.2019 № 1095 “Об отдельных мерах по дальнейшему совершенствованию механизма социального обслуживания”

— Приказ ДТСЗН г. Москвы от 05.08.2019 № 722 “О проведении эксперимента по апробации новой методики учета степени ограничения к самообслуживанию для определения индивидуальной нуждаемости в социальном обслуживании”,

— Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы и Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы от 9 июня 2021 г. N 515/583 "Об утверждении Регламента взаимодействия Департамента здравоохранения города Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и подведомственных им учреждений»

Данные приказы дают основания для реализации социальными координаторами определенных технологий таких как типизация случая, функциональная диагностика и ряд других. Приказы позволяют оперативно внедрять не только частные технологии помощи, но и «философию» подхода к оказанию социальных услуг. Таким подходом в системе социальной защиты населения, в деятельности социальных координаторов, стал проактивный подход, о котором мы писали выше.

### *7.1.2. Реализация программ социальной координации на федеральном уровне*

Социальная координация реализуется в современных условиях не только на территориальном уровне, но и федеральном. В этой связи необходимо отдельно отметить **Указ Президента РФ от 3 апреля 2023 г. N 232 "О Создании государственного фонда поддержки участников специальной военной операции "Защитники отечества"**, в котором обозначена особое направление поддержки ветеранов боевых действий, которое возложено на социальных координаторов.

В соответствии с данным Указом определены основные функции социального координатора, виды деятельности и категории граждан, которым представляется помощь со стороны профессионала.

Указом определена организация, которая будет непосредственно осуществлять помощь и поддержку - Государственный фонд поддержки участников СВО "Защитники Отечества"

Фонд будет оказывать психолого-психотерапевтическую помощь, бесплатную юридическую помощь, приобретать лекарства и медицинские изделия, содействовать в получении медицинской реабилитации, паллиативной медпомощи, санаторно-курортного лечения, надомного (долговременного) ухода, а также решения других проблем данной категорий граждан.

Реализация данных подходов будет через деятельность филиалов Фонда, которые организуются на всех территориях Российской Федерации.

### *7.1.3. Федеральное законодательство в регламентации социального обслуживания населения*

Федеральное законодательство, которое регламентирует социальное обслуживание на всей территории Российской Федерации, представлено различными законами, но важнейшим из них, который определяет принципы и подходы к гражданам, нуждающимся в помощи является Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ.

*Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ* устанавливает правовые, организационные и экономические основы социального обслуживания граждан в Российской Федерации, полномочия федеральных органов государственной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере социального обслуживания граждан, права и обязанности получателей и поставщиков социальных услуг.

Законом определяются основные принципы социального обслуживания, уточняется содержание ряда основных понятий, применяемых в сфере социального обслуживания, определяются формы социального обслуживания, виды социальных услуг и условия их предоставления, принципы финансового обеспечения деятельности организаций социального обслуживания.

Законом определен перечень полномочий федеральных органов государственной власти и уточнен перечень полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

Закон определяет инструменты правового регулирования и организации социального обслуживания органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Действие Закона распространяется на граждан Российской Федерации, на иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, беженцев (далее - граждан).

В Законе определено, что *социальное обслуживание основывается на заявительном принципе.*

**Отличием** столичного проекта социальных координаторов в больницах является **выявительный принцип** предоставления услуг и принцип проактивности.

Законом вводятся новые понятия "получатель социальных услуг", "поставщик социальных услуг", "профилактика обстоятельств, обуславливающих нуждаемость в социальном обслуживании", понятие "стандарт социальной услуги" излагается в новой редакции (основные требования к объему, периодичности и качеству предоставления социальной услуги), при этом стандарт социальной услуги является составной частью порядка предоставления социальных услуг. Предоставление социальных услуг и отказ от них, в соответствии с Законом, возможны только с учетом волеизъявления получателя (статья 14 Закона).

В Законе не содержится понятия "трудная жизненная ситуация", ранее предусмотренного Федеральным законом от 10 декабря 1995 г. N 195-ФЗ. Вместо этого четко установлены **обстоятельства, при наличии которых граждане признаются нуждающимися в социальном обслуживании** (статья 15 Закона). К числу таких обстоятельств относятся, в частности, полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности; наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе; наличие ребенка или детей (в том числе находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации; отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними; наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличие насилия в семье; отсутствие определенного места жительства, в том числе у лица, не достигшего возраста двадцати трех лет и завершившего пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; отсутствие работы и средств к существованию. Иные обстоятельства, наличие которых может быть признано ухудшающим или способным ухудшить условия жизнедеятельности граждан, устанавливаются нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации.

Закон предполагает индивидуальный подход к установлению получателям необходимых им социальных услуг исходя из потребности гражданина в социальных услугах. С учетом оснований, по которым гражданин был признан **нуждающимся в социальном обслуживании**, орган государственной власти, уполномоченный на

осуществление функций в области социального обслуживания субъекта Российской Федерации, определяет индивидуальную потребность в социальных услугах и составляет индивидуальную программу предоставления социальных услуг (статья 16 Закона). Рекомендации по определению индивидуальной потребности в социальных услугах, а также форма индивидуальной программы предоставления социальных услуг утверждаются Минтрудом России (статья 7 Закона).

Составленная индивидуальная программа предоставления социальных услуг пересматривается в зависимости от изменения потребности гражданина в социальных услугах не реже чем раз в три года (статья 16 Закона).

Социальные услуги предоставляются на основании договора, заключаемого между поставщиком социальных услуг и гражданином либо его законным представителем, на основании индивидуальной программы предоставления социальных услуг в суточный срок с даты представления индивидуальной программы предоставления социальных услуг поставщику социальных услуг (статья 17 Закона). В договоре определяются предоставляемые социальные услуги, перечисленные в индивидуальной программе предоставления социальных услуг, их стоимость в случае, если они предоставляются за плату (частичную плату). Форма договора также утверждается Минтрудом России (статья 7 Закона). Поставщики обязаны предоставлять социальные услуги в соответствии с индивидуальной программой и условиями договора, а также порядком предоставления социальной услуги (статья 12 Закона).

В субъектах Российской Федерации формируются и ведутся реестр поставщиков социальных услуг и регистр получателей социальных услуг (статьи 24 - 26 Закона).

Также Законом определяются *условия предоставления социальных услуг* на бесплатной и платной основе, а также категории граждан, которым социальные услуги предоставляются бесплатно и за плату на дому, в полустационарных и стационарных условиях.

В субъекте Российской Федерации утверждается *перечень* предоставляемых в различных формах социального обслуживания *социальных услуг* (статья 8 Закона) на основании утвержденного Правительством Российской Федерации примерного перечня видов социальных услуг, а также порядки предоставления социальных услуг, обязательные для исполнения поставщиками социальных услуг на территории субъекта Российской Федерации (статья 7 Закона). Минтруд России разрабатывает примерные порядки предоставления социальных услуг по формам социального обслуживания.

В качестве самостоятельного вида социальных услуг определены *срочные социальные услуги* (статья 21 Закона), предоставляемые без составления индивидуальной

программы и без заключения договора о предоставлении социальных услуг в целях оказания неотложной помощи в сроки, обусловленные нуждаемостью получателя социальных услуг.

*Для нормативной-правового обоснования деятельности социальных координаторов особенно важно введенное Законом понятие социальное сопровождение (Статья 28).*

Законом введено социальное сопровождение граждан при предоставлении социальных услуг, *предполагающее содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам, основывающееся на межведомственном взаимодействии организаций, оказывающих такую помощь.* А именно такая деятельность наиболее часто осуществляется социальными координаторами в медицинских организациях.

Социальное сопровождение осуществляется путем привлечения организаций, предоставляющих такую помощь, на основе межведомственного взаимодействия в соответствии со статьей 28 настоящего Федерального закона. Мероприятия по социальному сопровождению отражаются в индивидуальной программе.

Социальное сопровождение в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение), при необходимости, осуществляется гражданам, в том числе родителям, опекунам, попечителям, иным законным представителям несовершеннолетних детей, оказывается содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам.

Законом определено финансовое обеспечение деятельности организаций социального обслуживания, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

Закон предполагает *осуществление межведомственного взаимодействия при предоставлении социальных услуг* на основе регламентов, утверждаемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Минтруд России утверждает рекомендации по организации межведомственного взаимодействия органов государственной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг (статья 7 Закона).

В субъекте Российской Федерации утверждается *регламент межведомственного взаимодействия* органов государственной власти субъекта Российской Федерации в связи с реализацией полномочий субъекта Российской Федерации в области социального



обслуживания.

Закон содержит нормы, предусматривающие осуществление контроля (надзора) в сфере социального обслуживания, в том числе общественного контроля.

Для реализации этого закона существует система нормативно-правовых актов на уровне Правительства РФ, федеральных органов исполнительной власти, которые направлены на реализацию данного закона. Данная система нормативно-правовых актов отражена в таблице 7.1.

**Таблица 7.1.**

**Структура нормативно-правовых актов**

<b>Тематический раздел</b>	<b>Акты правительства РФ и Минтруда</b>
Получатели социальных услуг	Приказ Минтруда России от 25.07.2014 №485н «Об утверждении рекомендаций по формированию и ведению реестра получателей социальных услуг» Утратил силу в соответствии с Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 5 августа 2021 г. № 550 “О признании утратившими силу некоторых приказов Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации”
Определение нуждаемости в социальном обслуживании	Приказ Минтруда России от 18.11.2014 №889н «Об утверждении рекомендаций по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также содействию в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение) (действующий)
Взаимодействие исполнительных органов государственной власти в сфере социального обслуживания населения	<p>Утверждение регламента межведомственного взаимодействия органов государственной власти субъекта Российской Федерации в связи с реализацией полномочий субъекта Российской Федерации в сфере социального обслуживания (пункт 4 части 1 статьи 8, статья 28)</p> <p>Приказ Минтруда России от 18.11.2014 №889н «Об утверждении рекомендаций по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также содействию в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение)» (действующий)</p> <p>Утверждение порядка межведомственного взаимодействия органов государственной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг и социального сопровождения (пункт 23 части 1 статьи 8, статьи 14, 22, 27, 28 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ)</p> <p>Приказ Минтруда России "Об утверждении рекомендаций по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальном сопровождении)" (пункт 11 части 2 статьи 7</p>



	Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ) (действующий)
Порядок предоставления социальных услуг	<p>Постановление Правительства РФ от 24.11.2014 №1236 «Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг» С изменениями и дополнениями от: 14 декабря 2020 г.</p> <p>Постановление Правительства РФ от 24 ноября 2014 г. N 1236 "Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг" (с изменениями и дополнениями) (действующий)</p> <p>Приказ Минтруда России от 28.03.2014 №159н «Об утверждении форм заявлений о предоставлении социальных услуг» (с изменениями и дополнениями от 28 ноября 2016 г., 30 марта 2018 г., 1 декабря 2020 г., 29 ноября 2022 г.), Приказ Минтруда России от 30 июля 2014 года N 500н</p> <p>«Об утверждении рекомендаций по определению индивидуальной потребности в социальных услугах получателей социальных услуг» (с изменениями, внесенными: приказом Минтруда России от 5 апреля 2019 года N 217н (вступил в силу с 7 июня 2019 года); приказом Минтруда России от 2 декабря 2020 года N 848. (действующий)</p>
Стационарное обслуживание	<p>Приказ Минтруда России от 24.11.2014 №935н «Об утверждении применяемого порядка предоставления социальных услуг в стационарной форме обслуживания» (с изменениями и дополнениями от: 5 апреля 2019 г., 28 сентября 2020 г.) действующий)</p> <p>Приказ Минтруда России от 06.11.2014 «Об утверждении Порядка направления граждан в стационарные организации социального обслуживания со специальным социальным обслуживанием» (действующий)</p>
Обслуживание на дому	<p>Приказ Минтруда России от 24.11.2014 №939н «Об утверждении применяемого порядка предоставления социальных услуг на дому» (с изменениями и дополнениями от: 28 сентября, 1, 16 декабря 2020 г.) (действующий)</p>

## **7.2. Нормативно-правовые основы деятельности социальных навигаторов в городе Москве**

Основной целевой аудиторией, на которую направлена деятельность социальных координаторов в медицинских организациях, является возрастная группа населения 65+, пациенты больниц старше шестидесяти пяти лет. На помощь данной категории населения в первую очередь ориентирована Служба социальных координаторов.

### **7.2.1. Нормативное правовое обеспечение государственной поддержки граждан пожилого возраста города Москвы.**

Государственная поддержка пожилых москвичей определяется совокупностью законодательных актов Российской Федерации и актов города Москвы, принятых во исполнение и развитие федерального законодательства с учетом международных документов социальной направленности.

*Охрана здоровья пожилых москвичей* осуществляется в соответствии с нормами Закона г. Москвы от 17 марта 2010 г. № 7 «Об охране здоровья в городе Москве» (в ред. законов г. Москвы от 16.07.2014 № 45, от 03.12.2014 № 58, от 29.04.2015 № 18), в котором определены государственные гарантии охраны здоровья населения столицы, зафиксированы права на медико-социальную помощь на дому в государственных учреждениях системы социальной защиты населения, в больницах (отделениях) медико-социальной помощи города Москвы для инвалидов и граждан пожилого возраста, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию, а также права на лекарственное обеспечение.

Инструментом реализации обеспечения гарантий пожилых людей на охрану здоровья и медицинскую помощь является *Государственная программа «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»*, а также действующая в настоящее время Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов (№ 1011-ПП от 14.12.2017, N 1576-ПП от 17 декабря 2018 года «О внесении изменений в постановление Правительства Москвы от 14 декабря 2017 г. N 1011-ПП»). Целью программы является улучшение здоровья населения города Москвы на основе повышения качества и доступности медицинской помощи, приведения ее объемов и структуры в соответствие с заболеваемостью и потребностями населения, современными достижениями медицинской науки, повышения качества окружающей среды.

Эпидемия новой коронавирусной инфекцией COVID-19, показала, что гибкость структуры первичной медико-санитарной помощи в Москве позволяет ей оперативно трансформироваться и менять функционал в зависимости от эпидемической обстановки. С точки зрения совершенствования здравоохранения огромный вклад внесла цифровизация. Для Службы социальных координаторов цифровизация в медицинских учреждениях очень важна. Это помогает оперативно получать необходимую информацию о поступивших пациентах группы риска 65+. Работа социальных координаторов также осуществляется с помощью информационной системы ИС ГКБ.

До конца декабря 2014 г. *право на социальное обслуживание* гражданам пожилого возраста в городе Москве обеспечивалось Законом города Москвы от 9 июля 2008 г. № 34 «О социальном обслуживании населения города Москвы», принятым во исполнение Федеральных законов от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», Федерального закона от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» и иными нормативными правовыми актами.

В связи с вступлением с 1 января 2015 г. в действие Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» право на получение социальных услуг в системе организаций социального обслуживания города Москвы обеспечивается Законом города Москвы от 24 декабря 2014 г. № 66 «О внесении изменений в Закон города Москвы от 9 июля 2008 года № 34 «О социальном обслуживании населения города Москвы». В развитие указанных законов был принят 21 нормативный правовой акт: 3 постановления Правительства Москвы, 18 приказов Департамента труда и социальной защиты населения.

В Законе города Москвы от 24 декабря 2014 г. № 66 «О внесении изменений в Закон города Москвы от 9 июля 2008 года № 34 «О социальном обслуживании населения города Москвы» условия предоставления социального обслуживания *улучшены для получателя социальных услуг по сравнению с федеральными:*

- в 2023 году размер предельной величины среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно *не должен превышать 1,5 прожиточных минимума ( ПМ - 21 718 рублей на 2023 г.) на душу населения = 32 577 рублей (на 2023 г.)*
- в федеральном законе – 1,5 ПМ для основных демографических групп населения (для московского пенсионера в 2023 г. по данной норме эта величина составляла бы 24 385,5 руб.).

Закон города Москвы от 24.12.2014 года № 66 «О внесении изменений в Закон города Москвы от 9 июля 2008 года № 34 «О социальном обслуживании населения города Москвы». Настоящий Закон регулировал отношения, возникающие в сфере социального обслуживания населения города Москвы (далее - социальное обслуживание), в целях удовлетворения потребностей населения в доступном и качественном социальном обслуживании, оказания социальной помощи. Далее, в 2014 году, после принятия 422-ФЗ от 28 декабря 2013 г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», документ был отредактирован и Закон получил новое название «Закон города Москвы от 24.12.2014 года № 66 «О внесении изменений в Закон города Москвы от 9 июля 2008 года № 34 «О социальном обслуживании населения города Москвы».

Помимо данного Закона, нормативное регулирование в сфере социального обслуживания населения г. Москвы, осуществляется постановлением Правительства Москвы от 24 марта 2009 г. N 215-ПП "О порядке оказания в городе Москве адресной социальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации", постановлением Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. N 829-ПП "О социальном обслуживании граждан в городе Москве", приказом Департамента социальной защиты

населения города Москвы от 30 декабря 2014 г. N 1171 "Об организации работы по реализации положений постановления Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. N 829-ПП "О социальном обслуживании граждан в городе Москве", приказом Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы от 28 сентября 2015 г. N 865 "Об утверждении тарифов на социальные услуги".

Отметим, что в г. Москве предусмотрено также оказание адресной социальной помощи для малоимущих, находящихся в трудной жизненной ситуации. Она может быть оказана в виде денежных средств, продуктов питания, в том числе горячего питания, средств ухода, санитарии и гигиены, одежды, обуви и других предметов первой необходимости (ч. 1 ст. 19 Закона г. Москвы N 34).

*Закон Москвы также расширяет* условия предоставления социального обслуживания по сравнению с федеральными в плане перечня социальных услуг и увеличения перечня категорий населения, для которых получение социальных услуг бесплатно (таблица 2).

В соответствии с ФЗ от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и в соответствии с Законом города Москвы от 24 декабря 2014 г. № 66 «О внесении изменений в Закон города Москвы от 9 июля 2008 года № 34 «О социальном обслуживании населения города Москвы»

**Таблица 7.2**

**Сравнительная таблица предоставления социальных услуг на федеральном и региональном уровне**

Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»	Закон города Москвы от 24 декабря 2014 г. № 66 «О внесении изменений в Закон города Москвы от 9 июля 2008 года № 34 «О социальном обслуживании населения города Москвы»
<p><b>Кому положены социальные услуги.</b> В перечень возможных оснований для предоставления социальных услуг вошли (согласно ст.15 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Полная или частичная утрата способности к самообслуживанию (в силу болезни, травмы, возраста или инвалидности).</li> <li>2) Наличие в семье инвалида, включая ребенка-инвалида.</li> <li>3) Отсутствие работы.</li> <li>4) Отсутствие места жительства, включая детей-сирот до 23 лет.</li> </ol>	<p><b>Бесплатное социальное обслуживание в государственных учреждениях социального обслуживания предоставляется (согласно Ст.8, п.2.):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гражданам, не способным к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, инвалидностью, не имеющим родственников, которые могут обеспечить им помощь и уход;</li> <li>2) гражданам, находящимся в социально опасном положении или трудной жизненной ситуации; в связи со стихийными бедствиями, катастрофами, иными чрезвычайными ситуациями; пострадавшим в результате вооруженных и межэтнических конфликтов;</li> </ol>

<p>5) Наличие детей, имеющих сложности с социальной адаптацией (включая приемных и усыновленных).</p> <p>6) Невозможность полноценного ухода за инвалидом.</p> <p>7) Совместное проживание с лицами с наркотической, игровой или алкогольной зависимостью, с психическими заболеваниями.</p> <p>8) Прочие причины.</p>	<p>3) находящимся в трудной жизненной ситуации несовершеннолетним, а также взрослым недееспособным или ограниченно дееспособным гражданам;</p> <p>4) инвалидам с детства, находящимся в стационарных учреждениях социального обслуживания на условиях пятидневного пребывания;</p> <p>5) иным гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации или социально опасном положении.</p> <p><b>3. Внеочередное получение бесплатного социального обслуживания</b> в государственных учреждениях социального обслуживания предоставляется:</p> <p>1) несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации (дети-инвалиды, дети с ограниченными возможностями здоровья, дети сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей; беспризорные дети, а также несовершеннолетние, подвергшиеся насилию);</p> <p>2) ветеранам Великой Отечественной войны и приравненным к ним лицам;</p> <p>3) находящимся в трудной жизненной ситуации беременным женщинам, в том числе несовершеннолетним и одиноким;</p> <p>4) находящимся в трудной жизненной ситуации одиноким родителям, разведенным женщинам и мужчинам, вдовам и вдовцам, несовершеннолетним, воспитывающим детей, в том числе детей-инвалидов;</p> <p>5) одиноким и одиноко проживающим гражданам пожилого возраста и инвалидам, не способным самостоятельно обеспечить себе нормальную жизнедеятельность и лишенным постороннего ухода, помощи и поддержки;</p> <p>6) одиноким гражданам старше 80 лет и одиноким инвалидам старше 70 лет;</p> <p>7) лицам, подвергшимся насилию;</p> <p>8) семьям, находящимся в социально опасном положении;</p> <p>9) взрослым недееспособным инвалидам с умственной отсталостью и психическими заболеваниями, не требующими лечения в специализированных учреждениях здравоохранения, а также лицам с ограниченной дееспособностью;</p> <p>10) иным гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации или социально опасном положении</p>
--	--

<p>Виды социальных услуг, предоставляемые гражданам (с учетом их индивидуальных потребностей):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. социально-бытовые;</li> <li>2. социально-медицинские;</li> <li>3. социально-психологические;</li> <li>4. социально-педагогические;</li> <li>5. социально-трудовые;</li> <li>6. социально-правовые;</li> <li>7. услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов;</li> <li>8. срочные социальные услуги.</li> </ol>	<p>Поставщиками социальных услуг предоставляются следующие социальные услуги:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;</li> <li>2) социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья;</li> <li>3) социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи анонимно с использованием телефона доверия;</li> <li>4) социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование у них позитивных интересов, оказание помощи семье в воспитании детей и организации их досуга;</li> <li>5) социально-трудовые, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией;</li> <li>6) социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг;</li> <li>7) социально-консультативная помощь;</li> <li>8) услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов;</li> <li>9) участие в культурно-досуговых мероприятиях;</li> <li>10) социальное сопровождение;</li> <li>11) социальная реабилитация;</li> <li>12) срочные социальные услуги</li> </ol>
--	---

Постановлением Правительства Москвы от 21 февраля 2022 года N 213-ПП «О порядке оказания в городе Москве адресной социальной помощи гражданам, находящимся



в трудной жизненной ситуации, и семьям с детьми, находящимся в социально опасном положении» (с изменениями на 28 февраля 2023 года) утверждается:

1.1. Порядок оказания *адресной социальной помощи* гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации (приложение 1).

1.2. Порядок оказания *адресной социальной помощи семьям с детьми*, находящимся в социально опасном положении (приложение 2).

1.3. Условия обслуживания *электронного социального сертификата* на оказание адресной социальной помощи (приложение 3).

1.4. Порядок *предоставления субсидий* из бюджета города Москвы юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, осуществляющим в городе Москве реализацию товаров гражданам с использованием электронных социальных сертификатов на оказание адресной социальной помощи (приложение 4).

В п.3 ПП от 21 февраля 2022 года N 213-ПП также установлено, что: адресная социальная помощь, помимо оснований, предусмотренных настоящим постановлением, оказывается *без определения нуждаемости для ее оказания*:

3.1.1. По решению Правительства Москвы *пострадавшим гражданам или членам семей погибших (умерших)* в результате чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, террористических актов и иных ситуаций, повлекших тяжкие последствия.

3.1.2. По решению Мэра Москвы либо рабочего органа Правительства Москвы, возглавляемого Мэром Москвы, определяющему случай оказания адресной социальной помощи и (или) категории граждан, которым оказывается адресная социальная помощь, а также ее объем (размер). При этом адресная социальная помощь при принятии указанного решения оказывается в заявительном порядке.

Также установлено, что в целях единообразного применения настоящего постановления Департамент труда и социальной защиты населения города Москвы вправе *издавать правовые акты по вопросам оказания адресной социальной помощи*, включая разъяснения и т.д.).

Отмечено, что оказание адресной социальной помощи в соответствии с правилами, действовавшими до дня вступления в силу настоящего постановления, не может являться основанием для отказа в оказании адресной социальной помощи в соответствии с настоящим постановлением.

## *7.2.2 Стандарты социального обслуживания в городе Москве*

Стандартизация социального обслуживания в городе Москве основывается на нормативно-правовой базе федеральных стандартов социального обслуживания, в т.ч. «Национальный стандарт Российской Федерации Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг. Утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 10 июня 2021 г. N 531-ст. ГОСТ Р 52143-2021», и на нормативно-правовой базе постановлений Правительства Москвы и приказов ДТСЗН.

Стандартизация социальных услуг, предоставляемых социальными координаторами пациентам медицинских организаций в рамках социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» в настоящее время активно формируется. Первые редакции Стандартов социальных услуг, предоставляемых социальными координаторами, представлены в настоящем учебном пособии в Приложении №2.

В настоящее время утверждены и действуют стандарты социальных услуг в форме социального обслуживания *на дому*; стандарты социальных услуг *в стационарной форме* социального обслуживания: в отделении для ослабленных (общего типа), в организациях поддержки семьи и детства в стационарной форме; предоставляемых детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в отделении интенсивного наблюдения, в отделении геронтопсихиатрии, в отделении сестринского ухода, в условиях сопровождаемого проживания. Также утверждены стандарты социальных услуг *в полустационарной форме* в организациях поддержки семьи и детства в полустационарной форме; стандарты дополнительных социальных услуг во всех формах социального обслуживания и стандарты социальных услуг, предоставляемых организациями *поддержки семьи и детства*. Нормативно-правовая основа для их реализации образована Приказом ДТСЗН города Москвы от 26 августа 2015 г. N 739.

Так, Приказом ДТСЗН города Москвы от 26 августа 2015 г. N 739 об утверждении стандартов социальных услуг (С изменениями и дополнениями от 07.02.2017 и т.д.) в целях повышения качества предоставления социальных услуг, утверждены:

1. Стандарты социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг *в форме социального обслуживания на дому* (приложение 1).
2. Стандарты социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг *в стационарной форме социального обслуживания* в отделении для ослабленных (общего типа)" (приложение 2). (п. 2 в ред. приказа ДТСЗН г. Москвы от 29.12.2020 N 1558)



2.1. Стандарты социальных услуг, предоставляемых организациями поддержки *семьи и детства в стационарной форме* (приложение 5). (п. 2.1 введен приказом ДТСЗН г. Москвы от 03.12.2018 N 1534)

2.2. Стандарты социальных услуг, предоставляемых *детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей*, поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания (приложение 7). (п. 2.2 введен приказом ДТСЗН г. Москвы от 31.12.2020 N 1608)

2.3. Стандарты социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания в отделении интенсивного наблюдения (приложение 2(1)). (п. 2(1) введен приказом ДТСЗН г. Москвы от 29.12.2020 N 1558)

2.4. Стандарты социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания в отделении геронтопсихиатрии (приложение 2(2)). (п. 2(2) введен приказом ДТСЗН г. Москвы от 29.12.2020 N 1558)

2.5. Стандарты социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания в отделении сестринского ухода (приложение 2(3)). (п. 2(3) введен приказом ДТСЗН г. Москвы от 29.12.2020 N 1558)

2.6. Стандарты социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания в условиях сопровождаемого проживания (приложение 2(4)). (п. 2(4) введен приказом ДТСЗН г. Москвы от 30.12.2021 N 1418)

3. Стандарты социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг *в полустационарной форме социального обслуживания* (приложение 3), в т.ч. Стандарты социальных услуг, предоставляемых организациями поддержки семьи и детства в полустационарной форме (приложение 6). (п. 3.1 введен приказом ДТСЗН г. Москвы от 03.12.2018 N 1534)

4. Стандарты дополнительных социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг *во всех формах социального обслуживания* (приложение 4).

5. Утвердить стандарты социальных услуг, предоставляемых организациями поддержки семьи и детства (приложение 5). (п. 4.1 введен приказом ДТСЗН г. Москвы от 13.07.2018 N 830).

В целях реализации *Дорожной карты «Поддержка доступа негосударственных организаций к предоставлению услуг в социальной сфере»*, призванной содействовать развитию конкуренции в сфере предоставления социальных услуг, Правительством

Москвы принято постановление № 532-ПП от 23 августа 2016 г. «Об утверждении Порядка предоставления субсидий из бюджета города Москвы социально ориентированным некоммерческим организациям», которое предусматривает возможность *получения средств для СО НКО* на конкурсной основе при реализации проектов, направленных на решение задач социального развития города, по номинациям «Милосердие и забота», «Наше наследие», «Развитие добровольчества», «Наш город» и др.

Документом, обеспечивавшим реализацию прав граждан пожилого возраста на меры социальной поддержки и социальное обслуживание, являлась *Государственная программа города Москвы «Социальная поддержка жителей города Москвы»* (далее – Государственная программа), в которую были включены, наряду с другими, подпрограммы, предусматривающие предоставление государственной помощи гражданам пожилого возраста:

- подпрограмма 2: Социальная поддержка старшего поколения, ветеранов Великой Отечественной войны, ветеранов боевых действий и членов их семей;
- подпрограмма 3: Социальная интеграция инвалидов и формирование безбарьерной среды для инвалидов и маломобильных групп населения;
- подпрограмма 4: Профилактика социальной исключенности;
- подпрограмма 5: Модернизация и развитие системы социальной защиты населения города Москвы.

В данной Государственной программе, имеющей межведомственный характер, интегрированы социальные гарантии и публичные обязательства в отношении пожилых людей, определяемые действием федеральных законов и законодательных актов города Москвы.

К 2020 году реализации Государственной программы были в основном достигнуты следующие значения ключевых показателей:

- доля городских общественных зданий, доступных для инвалидов и иных маломобильных граждан – 86%;
- доля населения с доходом ниже величины прожиточного минимума – 9,2%;
- среднемесячный доход неработающего пенсионера – получателя доплаты к пенсии – 26 452,0 руб./месяц.

Базовым документом для разработки проектов государственных программ/подпрограмм города Москвы в целях среднесрочного и долгосрочного планирования развития системы социального обслуживания населения столицы является

*План мероприятий («дорожная карта») «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения в городе Москве».*

Стратегическая цель данного документа – повышение качества жизни жителей столицы, в том числе граждан пожилого возраста и инвалидов. Основные мероприятия дорожной карты были направлены на:

- развитие рынка социальных услуг;
- предоставление гражданину, нуждающемуся в получении социальных услуг, права выбора организации социального обслуживания или индивидуального предпринимателя для получения социальных услуг;
- развитие стационарозамещающих технологий социального обслуживания с преимущественной ориентацией на предоставление социальных услуг на дому;
- реализация перспективной схемы развития и размещения государственных учреждений социального обслуживания населения города Москвы;
- укрепление кадрового потенциала сферы социального обслуживания населения;
- совершенствование правового регулирования в сфере социального обслуживания населения города Москвы.

*Содействие занятости лиц предпенсионного и пенсионного возраста осуществляется* в соответствии с Законом г. Москвы от 1 октября 2008 г. № 46 «О занятости населения в городе Москве» (в ред. законов г. Москвы от 07.04.2010 N 9, от 28.09.2011 N 43, от 30.04.2014 N 20, от 14.12.2016 N 47, от 30.01.2019 N 3, от 20.02.2019 N 8, от 08.06.2022 N 17), а также в рамках подпрограммы «Развитие рынка труда и содействие занятости населения» Государственной программы города Москвы «Социальная поддержка жителей города Москвы», посредством проведения активной политики занятости и социальной поддержки безработных граждан, в том числе граждан пожилого возраста.

*Подпрограмма «Развитие рынка труда и содействие занятости населения»* вошла в состав Государственной программы города Москвы «Социальная поддержка жителей города Москвы» с 2017 года, ранее она входила в Государственную программу города Москвы «Экономическое развитие и инвестиционная привлекательность города Москвы на 2012-2018 годы». Реализации данной подпрограммы стала особенно актуальной в свете федерального закона, повышающего возраст выхода на пенсию.

**Меры социальной поддержки.** Для повышения качества жизни пациентов, проходящих лечение в больницах, определенное значение имеет и материальный уровень обеспечения. Важной составной частью **формирования доходов пожилого населения** являются законодательно закрепленные меры социальной поддержки (далее – МСП). Законом, регламентирующим отношения, связанные с *предоставлением мер социальной поддержки* отдельным категориям жителей города Москвы, в том числе пожилым москвичам, является Закон г. Москвы № 70 от 3 ноября 2004 г. «*О мерах социальной поддержки отдельных категорий жителей города Москвы*» (с изменениями на 11 ноября 2020 года). В развитие закона нормативные правовые акты устанавливают размеры МСП, порядок и условия их предоставления на конкретный период.

В соответствии с вышеназванным законом меры социальной поддержки отдельным категориям москвичей оказываются:

*Ежемесячные денежные городские выплаты (далее - ЕГДВ) предоставляются в зависимости от принадлежности гражданина к той или иной категории, наделенной особым правовым статусом. Размер ЕГДВ также зависит от принадлежности получателя данной меры к определенной категории.*

Такая мера социальной поддержки, как *региональная социальная доплата (далее - РСД) к пенсии*, направлена прежде всего на повышение уровня доходов пенсионеров, усиление адресности их поддержки.

*Назначение и выплата социальной доплаты к пенсии неработающего пенсионера в городе Москве имеет свои особенности.*

- Региональная социальная доплата в городе Москве финансируется за *счет средств бюджета города*, так как прожиточный минимум московского пенсионера выше прожиточного минимума пенсионера в целом в Российской Федерации. Порядок ее назначения и выплаты регламентируется постановлением Правительства города Москвы. Величина прожиточного минимума пенсионера для определения региональной социальной доплаты ежегодно устанавливается законом города Москвы, ее размер на 2018 год составлял – 11 816 рублей, в 2023 году - 16 257 рублей.
- В городе Москве установлен *городской социальный стандарт* - социальный норматив материального обеспечения неработающих пенсионеров, получающих пенсию в городе Москве и зарегистрированных в столице по месту жительства, величина которого устанавливается Правительством Москвы. Размер социального стандарта минимальных доходов пенсионера с 1 января 2018 г. составлял 17 500 рублей, в 2023 году - 23 313 рублей. Постановлением Правительства Москвы от 16

декабря 2022 года № 2885-ПП, с 01.01.2023 года установлена величина городского социального стандарта в размере до которой начисляется региональная социальная доплата к пенсии неработающим пенсионерам, зарегистрированным по месту жительства в городе Москве не менее 10 лет в общей сложности.

### **Общие выводы**

В городе Москве создана обширная нормативная правовая база, регламентирующая права пожилых людей, являющихся одной из целевых аудиторий Службы социальных координаторов, на доступ к медико-социальной помощи и различным аспектам полноценной жизнедеятельности.

Однако анализ государственных программ города Москвы по отраслям (здравоохранение, социальная защита) показывает, что в них пока отсутствуют целевые подпрограммы, направленные развитие деятельности социальных координаторов в медицинских учреждениях и в целом на развитие клинической социальной работы для различных категорий населения, нуждающихся в медико-социальной помощи. Межведомственная координация по повышению уровня и качества жизни граждан пожилого возраста, особенно старших возрастных групп, пока еще не носит комплексного и систематического характера.

### **Вопросы и задания**

1. Каким нормативно-правовым актом регулируется социальное обслуживание граждан в Российской Федерации?
2. Какими нормативно-правовыми документами регулируется социальное обслуживание граждан в Москве?
3. Какие основные нормативы важны для обеспечения деятельности Службы социальных координаторов в медицинских учреждениях?
4. Основные виды социальных услуг в соответствии с 442-ФЗ?
5. Основные виды социальных услуг в соответствии с Законом Москвы?
6. Что такое социальное сопровождение?

### **Задания.**

1. Проведите сравнительный анализ категорий населения, имеющих право на бесплатное социальное обслуживание в соответствии с ФЗ от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и в соответствии с Законом города Москвы от 24 декабря 2014

г. № 66 «О внесении изменений в Закон города Москвы от 9 июля 2008 года № 34 «О социальном обслуживании населения города Москвы»

2. Проведите сравнительный анализ основных видов социальных услуг в соответствии с ФЗ от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и в соответствии с Законом города Москвы от 24 декабря 2014 г. № 66 «О внесении изменений в Закон города Москвы от 9 июля 2008 года № 34 «О социальном обслуживании населения города Москвы»

## **Глава 8. Управление и межведомственное взаимодействие в технологиях социальной координации**

### **8.1. Теоретические основания управления и межведомственного взаимодействия в социальных система**

Социальные системы — сложный, постоянно трансформирующийся, непредсказуемый и поэтому «неудобный» объект для управления.

Данную проблему системно изучали как зарубежные, так и отечественные исследователи.

Среди зарубежных исследователей необходимо отметить таких ученых как *Ф.У. Тейлора, А. Файоля, М. Вебера, П. Блау, Р. Блейка, Г. Эмерсона, Г. Форда, П. Друкера* и др.

Первоначально процессы социального управления изучались в рамках отраслевого индустриального менеджмента, рассматривающего преимущественно вопросы организации крупного производства на научной основе (*Г. Форд, Ф. Тейлор*). Позднее сформировались другие подходы, осмыслившие социальное управление в качестве универсального средства регуляции всех сфер социума (*Х. Эмерсон*), при этом сформировалась устойчивая тенденция при анализе управленческих процессов использовать методы из других областей познания, например, психологии (*М. Фоллетт, Э. Мейо*).

В отечественном познании интерес к проблеме социального управления возрастает в 1970-80-е гг. в контексте популяризации системного метода в социально-гуманитарных науках. Эти подходы были характерны для работ *В. Г. Афанасьева, А. К. Белых, М. Маркова, А. М. Омарова, Л. Н. Суворова* и др.

В настоящее время особое значение в понимании проблем социальных и организационных трансформаций, структур социального управления имеют подходы отечественных школ социального управления, таких ее представителей как *Г.П.*

*Бессокирная, А.И. Пригожин, Е.П. Тавокин, Г.Г. Татарова, А.В. Тихонов, Ж.Т. Тоценко, Е.И. Холостова, В.В. Щербина и др.*

### *8.1.1. Структура системы социального управления*

Социальное управление – это основанное на достоверном знании систематическое воздействие субъектов управления (управляющей подсистемы) на социальный объект (управляемую подсистему) с целью обеспечения нормального его функционирования, совершенствования и развития.

Социальные системы являются одновременно субъектом и объектом управления, что определяет необходимость рассматривать их как деталь подсистемы (управляющую и управляемую), находящиеся в постоянном взаимодействии. При этом управляющая подсистема (субъект управления) выступает как часть управляемой (объект управления), и ее размеры и границы зависят от масштабов и особенностей последней. Отсюда следует, что характер функционирования субъекта управления в значительной мере определяется особенностями объекта управления.

Социальные объекты непрерывно меняются, воспринимая и ассоциируя все сколько-нибудь значимые явления внутреннего и внешнего порядка. По этой причине управленческую деятельность в социальных системах часто отождествляют с искусством. Именно на это аспекта обращала внимание отечественный теоретик социальной работы *Е.И. Холостова*, считая, что господствовавший в науке вплоть до конца XIX в. принцип детерминизма, который основан на предпосылке, что функционирование любого объекта обусловлено свойственным только ему определенным ключевым фактором - исходной причиной, оказался не состоятельным для их полноценного изучения.

Управление предполагает систематическое воздействие субъекта управления на социальный объект, составляющий предметную область управленческой деятельности.

*Субъект социального управления* - это лицо, группа лиц или специально созданный орган, являющийся носителем управленческого воздействия на социальный объект (управляемую подсистему), осуществляющий деятельность, направленную на сохранение качественной специфики, обеспечение его нормального функционирования и успешное движение к заданной цели.

*Объект социального управления* - это социальная система (страна, регион, отрасль, предприятие, коллектив и т. п.), на которую направлены все виды управленческого воздействия с целью ее совершенствования, повышения качества функций и задач, успешного достижения запланированной цели (целей). *Объекты управления можно типологизировать по следующим направлениям:*

- по масштабам и уровням управленческого воздействия – государство, регион, отрасль предприятие и др.;

- видам регулируемой деятельности - производственная, социальная, политическая, социокультурная;

- адресату управленческого воздействия - население и все организационные структуры страны, население областных, районных, городских социально-территориальных общностей, персонал министерств и ведомств, предприятий, учреждений, научно-исследовательских институтов, учебных заведений, органов здравоохранения, социального обеспечения, правоохранительных органов, воинских частей и подразделений и др.

В основе любого управления лежит *целеполагание и выполнение поставленных задач*:

- определение основной цели или целей (для многоуровневой) организации, выработка стратегии действий по ее достижению, формулирование концепции деятельности, развития данной организации;

- формирование корпоративной культуры, что предполагает объединение персонала вокруг общей цели (или целей);

- продуманная, рационально организованная мотивация персонала на достижение цели организации, успешное решение стоящих перед нею проблем;

- формирование в организации системы стабильных, долговременных иерархических связей, стандартов, норм, должностей, зафиксированных документально (устав, положение организации), регулирующих взаимодействия между организациями, подразделениями, людьми как членами организации по поводу осуществления их функций;

- разработка и осуществление технологии изменений, так как эффективность управления определяется способностью к изменениям;

- определение диагностики управления (определение точек наибольшей и наименьшей управляемости, точек неуправляемости); формирование представления о том, какова должна быть реализация управленческого решения;

- разработка системы контроля за выполнением принятого решения (определение, применение стимулов его эффективного исполнения, а также санкций против лиц, социальных групп, организаций, их подразделений, срывающих выполнение принятых решений).

*Социальное управление имеет четкую структуру*, в которую входят:

- субъект (субъекты) и объект (объекты) управления;
- организационная структура управления - совокупность уровней и звеньев управленческой деятельности в единстве с их функциональными областями,



расположенными в строгой соподчиненности и обеспечивающими взаимосвязь между управляющей и управляемой системами для эффективного достижения цели;

- механическая структура управления, при которой управленческое воздействие на подчиненных сотрудников осуществляется традиционно-бюрократическими методами (инновационные приемы управленческой деятельности не учитываются);

- адаптивная структура управления, учитывающая инновационные приемы управленческой деятельности и позволяющая гибко реагировать на изменения в окружающей среде;

- партисипативная структура управления, основанная на активном включении сотрудников и их представителей в процессы выработки, принятия и реализации управленческих решений (от обмена информацией, консультаций и переговоров до включения представителей сотрудников в наблюдательные и исполнительные советы, их участия в распределении прибылей и в разработке программ совершенствования производства)

- матричная структура управления - симбиоз, конструируемый путем органического совмещения горизонтальной и вертикальной структур, что обусловлено необходимостью координации деятельности, когда она распределяется по своим целям, задачам, содержанию как по горизонтали, так и по вертикали, что имеет место в крупных современных организациях и социальных институтах (автомобильных заводах, в акционерных обществах и др. организациях).

*В организационной структуре управления* выделяются следующие основные элементы: уровни (ступени) управления, его звенья, горизонтальные и вертикальные связи.

Вертикальные связи предполагают управление, направленное на активизацию творческой активности работников, создание условий для проявления их способностей. Они обеспечивают вовлечение сотрудников в анализ различных проблем и принятие решений. Горизонтальные связи, характеризующиеся расстановкой конкретных руководителей во главе отдельных подразделений (например, во многих социальных организациях имеются руководители отдела социального обслуживания, финансового отдела, юридической и кадровой служб и т.д.).

Значимость горизонтальных коммуникаций подчеркивал *Ли Якокка* - руководитель Chrysler Corporation в 1980-х гг. Разрабатывая и изучая данный вопрос *Р. Дафт, Дж. Мерфи, Х. Уилмотт*. выделили пять координационных механизмов горизонтальных связей, которые способствуют координации действий и улучшают информационный поток: *информационные системы, непосредственный контакт, целевые группы, штатный интегратор, команды.*

Важность перехода от вертикальных связей к горизонтальным: развитие горизонтальных коммуникаций обеспечивает функцию интеграции социальной системы и объединение сотрудников в единое взаимосвязанное целое. Развитие горизонтальной координации способствует стиранию границ между подразделениями, что позволяет сотрудникам осознавать и принимать цели организации в целом, а не отдельного подразделения, членом которого они являются. Горизонтальная структура основана на сотрудничестве. Для чего необходимо сотрудников обучать и готовить эффективно работать в команде.

### *8.1.2. Принципы, формы и методы социального управления*

В основе социального управления лежат согласно подходам отечественного теоретика социальной работы *П.Д Павленка* лежат следующие *принципы*:

- всеобщие принципы, к которым относятся научность, включающая два аспекта: анализ социальной работы как научного направления и воздействие на это направление с научных позиций, конкретно-исторический подход, комплексность и системность;
- методологические принципы, к которым относятся объективность, конкретность, адресность, преемственность организации управления,
- единство социальных целей и задач;
- организационные принципы, к которым относятся коллегиальность (наличие коллегиального органа, начиная от федерального и заканчивая трудовыми коллективами) и единоначалие, а также выбор главного звена, единство требований;
- принципы реальной эффективности и оптимальности.

С принципами социального управления тесно связаны *формы социального управления* как способ существования, взаимодействия, отношения между субъектом и объектом управления.

*Формы управления* различаются:

- непосредственные формы – референдумы, выборы характерны как для всего общества, так и для социальной сферы (в частности, например, в вузах проводится выборы ректоров, выборы тайным голосованием на должности доцента и профессора и т.д.);
- опосредованные формы – административное руководство, обсуждение проектов законов, указов, постановлений и т. д. используется более широко, и прежде всего в практической социальной деятельности. Так проект Социальный сервис проходит широкое обсуждение в профессиональной среде и экспертном сообществе;
- собрания, совещания, заседания (характерны для практической и научной деятельности), съезды, форумы, конференции, симпозиумы, “круглые столы”, семинары (характерны для научного направления социальной работы);

- законы, указы, постановления, приказы, распоряжения и др., что относится к практической социальной работе, так как социальные службы руководствуются в своей деятельности как нормативно-правовыми актами федерального, регионального характера, так и внутренними, т. е. конкретной организации;

- формы визуализации (цифровой «наглядной агитации, пропаганды»), имеющие особое значение в условиях информатизации и цифровизации социальной сферы.

Составной частью социального управления являются *методы* – способы, совокупность приемов и операций выработки и реализации управленческих воздействий, к ним относятся:

- административные, правовые, экономические (используются в работе социальных служб, организаций, структур разного уровня), психологические,

- педагогические методы (в работе с детьми, молодежью, пенсионерами, инвалидами и т. д.);

- методы прямого (между вышестоящими и нижестоящими структурами, руководителями и подчиненными структурного подразделения учреждения социальной работы) и косвенного воздействия;

- методы материального и морального стимулирования;

- методы убеждения, деловых игр, экспертных оценок;

- информационные методы и др.

Следует отметить, что методы взаимосвязаны, призваны дополнять друг друга, а применение того или другого метода зависит от многих причин, к которым можно отнести внешние (например, сложная геополитическая ситуация в регионе) и внутренние причины (уровень, характер управленческих структур, морально-психологическое состояние в них, характер и качество руководства, уровень руководителя и др.).

Социальное управление *носит циклический характер* и проходит различные этапы, к которым можно отнести:

- постановку управленческой работы;
- сбор необходимой информации;
- выработку решения;
- принятие решения;
- организацию исполнения принятого решения;
- контроль за исполнением принятого решения.

### *8.1.3 Новые социальные условия и управленческие реалии в социальных системах*

В последнее время на первый план выходят модели управления, репрезентированные в рамках динамично изменяющихся систем (объектная, реляционная, проективная). Важно

использование инструментария социальной синергетики для разработки и внедрения актуальных моделей социального управления.

Современные технологии социального управления играют важную роль в развитии социальной сферы. В последние годы наблюдается активное применение новейших технологий, таких как искусственный интеллект, большие данные, интернет вещей и цифровые платформы, в управлении социальными программами и проектами. Эти инновационные решения помогают улучшить эффективность и качество предоставляемых социальных услуг, а также оптимизировать расходы и ресурсы. Так, в социальном сервисе «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» разработана информационная система ИС ГKB.

Одной из самых заметных технологий социального управления является искусственный интеллект. С его помощью можно проводить анализ больших объемов данных (BIG DATA), выявлять тенденции и паттерны, а также прогнозировать и оптимизировать результаты социальных программ. Например, искусственный интеллект может помочь определить наиболее уязвимые группы населения, которым требуется особая поддержка, или оптимизировать распределение социальных выплат.

Еще одной значимой технологией являются цифровые платформы. Они предоставляют удобный и быстрый доступ к социальным услугам и программам, а также позволяют гражданам получать информацию и консультации удаленно. Цифровые платформы также обеспечивают прозрачность и открытость в управлении социальными проектами, позволяя гражданам принимать активное участие и делиться своими идеями и предложениями.

Также стоит отметить роль больших данных (BIG DATA) и интернета вещей (IoT) в социальном управлении. Большие данные позволяют собирать и анализировать информацию о потребностях и предпочтениях граждан, что помогает разрабатывать более точные и эффективные социальные программы. Интернет вещей, в свою очередь, обеспечивает связь и взаимодействие различных устройств и систем, что упрощает оказание социальных услуг и повышает их качество.

В целом, новейшие технологии социального управления приносят значительные преимущества в развитии и оптимизации социальной сферы. Они позволяют повышать эффективность и эффективность предоставляемых услуг, а также обеспечивать более справедливое распределение социальной помощи наиболее нуждающимся категориям населения.

## **8.2. Развитие социального управления в контексте межведомственного взаимодействия**

Управление и межведомственное взаимодействие в технологиях социальной координации при реализации социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» основывается с одной стороны на классических концепциях социального управления, с другой стороны тщательно учитывает, на основе анализа, достижения современных концепций социального управления.

### *8.2.1. Нормативно-правовая база межведомственного взаимодействия в технологиях социальной координации*

Нормативную основу межведомственное взаимодействие обрело в соответствии со статьей 28 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 52, ст. 7007; 2014, N 30, ст. 4257) (далее – 442-ФЗ). Исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации предписано организовывать межведомственное взаимодействие при предоставлении социальных услуг в субъектах Российской Федерации, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящийся к социальным услугам (социальном сопровождении).

Также нормативно-правовой основой взаимодействия исполнительных органов государственной власти в сфере социального обслуживания населения является Регламент межведомственного взаимодействия органов государственной власти субъекта Российской Федерации в связи с реализацией полномочий субъекта Российской Федерации в сфере социального обслуживания (пункт 4 части 1 статьи 8, статья 28 442-ФЗ), Порядок межведомственного взаимодействия органов государственной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг и социального сопровождения пункт 23 части 1 статьи 8, статьи 14, 22, 27, 28 442-ФЗ). Эти документы были утверждены Приказом Минтруда России от 18.11.2014 №889н «Об утверждении рекомендаций по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение)» (действующий).

Минтрудом РФ, в соответствии с данным приказом, был разработан специальный методический документ - Рекомендации по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальном сопровождении).

Федеральные рекомендации были разработаны с целью оказания методической помощи исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации по организации межведомственного взаимодействия при предоставлении социальных услуг в субъектах Российской Федерации, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящийся к социальным услугам (социальном сопровождении), предусмотренного статьей 28 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 52, ст. 7007; 2014, N 30, ст. 4257)

Минтрудом России было рекомендовано осуществлять межведомственное взаимодействие на основе *регламента межведомственного взаимодействия*, который определяет:

- а) перечень исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих межведомственное взаимодействие;
- б) виды деятельности, осуществляемой исполнительными органами государственной власти субъекта Российской Федерации в рамках межведомственного взаимодействия;
- в) порядок и формы межведомственного взаимодействия;
- г) требования к содержанию, формам и условиям обмена информацией, в том числе в электронной форме;
- д) механизм реализации мероприятий по социальному сопровождению, в том числе порядок привлечения организаций к его осуществлению;
- е) порядок осуществления государственного контроля (надзора) и оценки результатов межведомственного взаимодействия.

В регионах, при определении перечня исполнительных органов государственной власти субъекта РФ, осуществляющих межведомственное взаимодействие, Минтруд РФ рекомендовал определить:

а) исполнительный орган государственной власти субъекта РФ, который осуществляет организацию и координацию межведомственного взаимодействия в субъекте Российской Федерации;

б) участников межведомственного взаимодействия - исполнительные органы государственной власти субъекта Российской Федерации, органы местного самоуправления, территориальные органы федеральных органов исполнительной власти, органы государственных внебюджетных фондов, поставщиков социальных услуг и организации, которые могут принимать участие в межведомственном взаимодействии в рамках своей компетенции.

*При определении видов деятельности, осуществляемых участниками межведомственного взаимодействия, Минтрудом РФ было рекомендовано учитывать:*

а) сведения о гражданах, которые имеют право на получение социальных услуг и социальное сопровождение;

б) перечень социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг, установленный законодательством субъекта Российской Федерации;

в) перечень дополнительных социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг за плату;

г) мероприятия по социальному сопровождению, осуществляемые в соответствии со статьей 22 442-ФЗ;

д) иную информацию, необходимую для организации межведомственного взаимодействия.

*Для определения порядка и формы межведомственного взаимодействия Минтрудом РФ было рекомендовано определить:*

а) состав документов и (или) информацию, необходимую для передачи в рамках межведомственного взаимодействия, в целях оказания гражданам социальных услуг и социального сопровождения;

б) сроки подготовки и направления межведомственного запроса о представлении документов и (или) информации, запрашиваемых участниками межведомственного взаимодействия, и ответа на данный запрос;

в) последовательность имеющих конечный результат действий, которые являются необходимыми и обязательными для предоставления социальных услуг и социального сопровождения.

*8.2.2 Нормативно-правовое регулирование межведомственного взаимодействия социальной службы со структурами медицинских организаций:*

Нормативно-правовое регулирование межведомственного взаимодействия в Москве регулируется рядом нормативно-правовых документов, которые направлены на координацию и согласование деятельности государственных и муниципальных органов.

Одним из основных документов, устанавливающих принципы и порядок взаимодействия, является Постановление Правительства Москвы № 498-ПП от 25.10.11 "О региональной системе межведомственного электронного взаимодействия города Москвы" (В редакции Постановления Правительства Москвы от 08.05.2018 г. N 411-ПП). В этом документе определены основные принципы сотрудничества между органами исполнительной власти и органами местного самоуправления, а также механизмы согласования действий и решения конфликтных ситуаций.

Приказ Департамента от 02.08.2022 № 754 «О взаимодействии ДТСЗН г. Москвы, стационарных организаций социального обслуживания, подведомственных ДТСЗН г. Москвы, с негосударственными НКО, в том числе благотворительными организациями» важен для межсекторного взаимодействия.

Кроме того, существует ряд постановлений и приказов, которые устанавливают конкретные процедуры и порядок взаимодействия между различными органами и службами, определяют структуру и ответственность каждого участника процесса сотрудничества. Также существуют приказы отдельных департаментов и управлений, которые устанавливают конкретные процедуры и правила взаимодействия в рамках своей компетенции.

Приказ Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы от 03.02.2023 № 53/90, утвердивший Регламент взаимодействия Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы и подведомственных им организаций при реализации социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

Вышеуказанные нормативно-правовые рекомендации Минтруда РФ и Правительства Москвы были учтены при разработке в Москве Регламента взаимодействия Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы и подведомственных им организаций при реализации социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»

Регламент межведомственного взаимодействия ДТСЗН и ДЗМ разработан *в целях оказания содействия своевременному удовлетворению индивидуальных потребностей граждан, находящихся на лечении в стационарных медицинских организациях*



государственной системы здравоохранения города Москвы (за исключением психиатрических и инфекционных клинических больниц) (далее — медицинские организации), и их родственникам в предоставлении социальных услуг и (или) психологической помощи, предусмотренных законодательством Российской Федерации и города Москвы, посредством реализации в указанных организациях социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

В Регламенте были *определены участники взаимодействия, полномочия, функции и их ответственность* при реализации социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» (далее — социальный сервис), направленного на выявление граждан, нуждающихся в предоставлении социальных услуг и (или) психологической помощи и оказание им содействия в получении таких услуг и помощи согласно законодательству Российской Федерации и города Москвы.

Социальный сервис «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» - стройная логистически выверенная организационно-управленческая структура, состоящая из следующих подсервисов:

1. «Социальный координатор в больнице» — комплексное социальное сопровождение граждан и их родственников на протяжении всего пребывания в медицинской организации.

2. «Социальный координатор в скорпомощных стационарных комплексах» — комплексное социальное сопровождение граждан на протяжении всего пребывания в скорпомощных стационарных комплексах и своевременное содействие в предоставлении необходимой информации и (или) психологической помощи родственникам (близким людям) граждан при их экстренной госпитализации.

3. «Социальный контакт-центр» — социальное взаимодействие с родственниками (доверенными лицами) граждан, находящихся на лечении в медицинских организациях, предоставление им необходимой информации о состоянии здоровья указанных граждан, снижение нагрузки на медицинский персонал.

4. «Служба психологической помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» — выявление граждан, нуждающихся в оказании психологической помощи, и обеспечение своевременного оказания квалифицированной психологической помощи таким гражданам (Рис.8.1).



Рис 8.1. Структура социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»

Участниками межведомственного взаимодействия при реализации социального сервиса являются:

— Департамент труда и социальной защиты населения города Москвы (далее - ДТСЗН).

— Департамент здравоохранения города Москвы (далее — ДЗМ).

— Подведомственные ДТСЗН организации. В реализации социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» участвуют 2 (две) организации, *подведомственные Департаменту труда и социальной защиты населения города Москвы:*

1. Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Координационный центр по межведомственным проектам Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы в части реализации социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» (за исключением социального подсервиса «Служба психологической помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»).
2. Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Московская служба психологической помощи населению» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы в части реализации социального подсервиса «Служба психологической помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

— Подведомственные ДЗМ организации В проекте участвуют 37 организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы. Перечень подведомственных ДЗМ организаций, участвующих в реализации социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» (даны официальные краткие наименования медицинских организаций) (Рис.2)

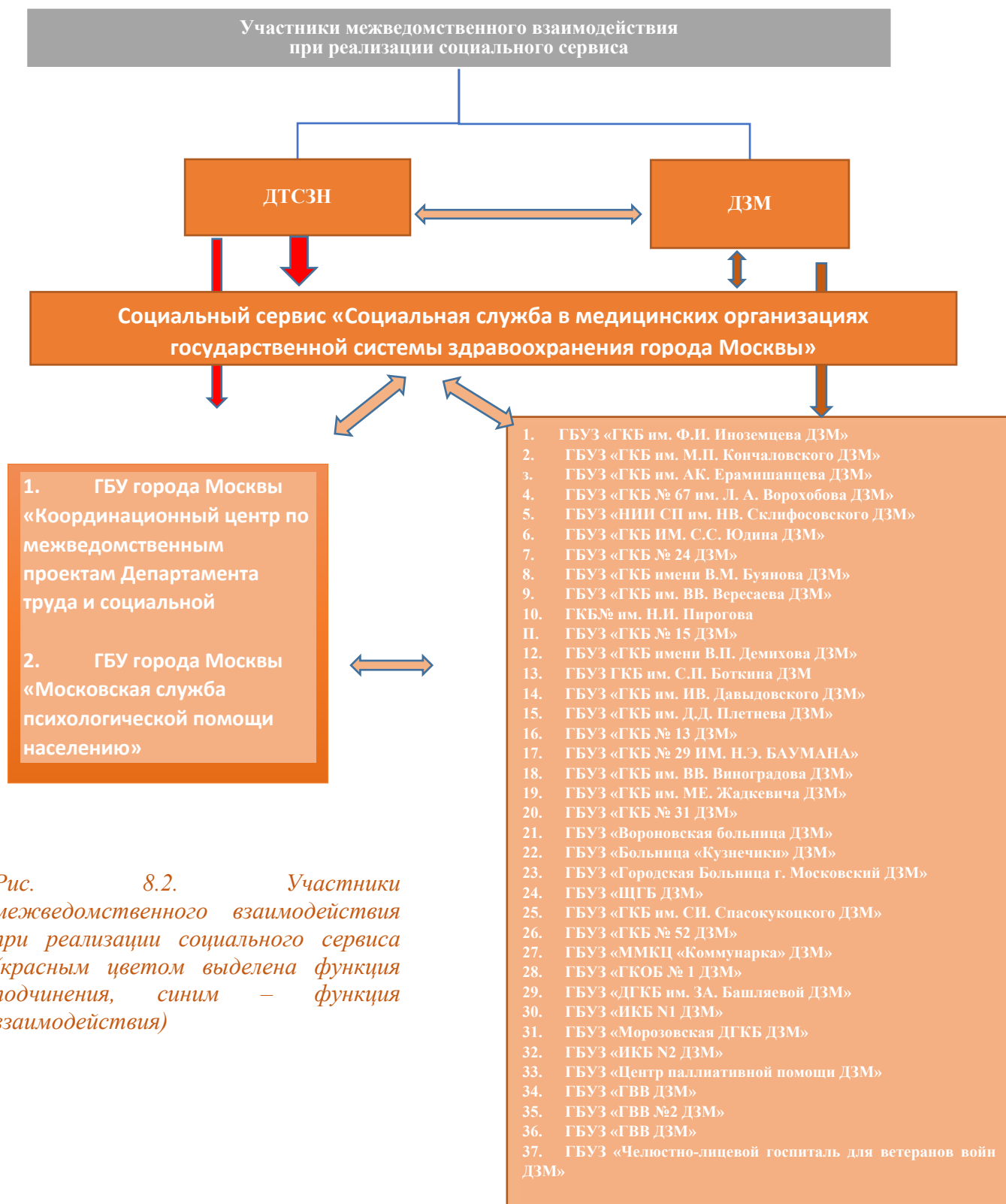


Рис. 8.2. Участники межведомственного взаимодействия при реализации социального сервиса (красным цветом выделена функция подчинения, синим — функция взаимодействия)

### 8.3. Полномочия и функции участников межведомственного взаимодействия при реализации технологий социального сервиса

Полномочия и функции участников межведомственного взаимодействия при реализации социального сервиса определены следующим образом. При осуществлении межведомственного взаимодействия в рамках реализации социальных подсервисов ДТСЗН и ДЗМ (далее — Департаменты):

Департаменты совместно разрабатывают в соответствии с установленными полномочиями методические рекомендации, предоставляют разъяснения, необходимые для осуществления взаимодействия.

Департаменты направляют в установленном порядке друг-другу (другому Департаменту) актуализированные перечни уполномоченных должностных лиц соответствующего Департамента, а также подведомственных ему организаций, ответственных за организацию взаимодействия при реализации социального сервиса, по форме (согласно приложению 2 к Приказу от 03.02.2023 № 53/90), в срок не позднее одного рабочего дня, следующего за днем принятия решений о внесении изменений в указанные перечни.

Департаменты *организуют деятельность по информированию граждан* и средств массовой информации о реализации социального сервиса.

ДТСЗН и ДЗМ *организуют и участвуют в совещаниях* и иных совместных мероприятиях по вопросам осуществления взаимодействия.

Департаменты *анализируют и обобщают* результаты взаимодействия.

Департаменты *реализуют функции операторов*, организующих и (или) выполняющих обработку персональных данных.

Департаменты *реализуют меры по защите персональных данных* при их обработке.

#### 8.3.1. Функции и полномочия подведомственных Департаментам организаций

Полномочия и функции подведомственных Департаментам организаций как участников межведомственного взаимодействия при реализации социального сервиса определены следующим образом.

При осуществлении взаимодействия в рамках реализации социальных подсервисов подведомственные Департаментам организации реализуют с учетом распределения функций (согласно приложению 3 к Приказу от 03.02.2023 № 53/90) следующие:

1. *Решение организационных вопросов.*

## 2. Информационное взаимодействие.

В части решения организационный вопрос подведомственные Департаментам организации осуществляют организацию выписки (перевода) гражданина, находящегося на лечении в медицинской организации. Осуществляют организацию доступа на территорию медицинской организации работникам, осуществляющим реализацию социального сервиса (подсервиса) (далее — работники социального сервиса), в соответствии с их индивидуальными графиками работы. Подведомственные организации также осуществляют: оборудование и предоставление оборудованных рабочих мест в отдельном помещении(ях) работникам социального сервиса; обеспечение работников социального сервиса стойками (при необходимости) (не требуется в рамках реализации социального подсервиса «Социальный контакт-центр»); организацию уборки (сухая и влажная уборка) стоек и (или) помещений, предоставленных работникам социального сервиса, а также вывоза мусора от стоек и из помещений, предоставленных для реализации социального сервиса и т.д. (подробнее в параграфе 2.3.)

Подведомственные организации организуют предоставление работникам социального сервиса материально-технических ресурсов и информационных баз данных с организацией их регулярного обслуживания, обновления; обеспечение работников социального сервиса средствами индивидуальной защиты; обеспечение работников социального сервиса комплектами брендовой одежды не требуется в рамках организации социального подсервиса «Социальный контакт-центр»; обеспечение работников социального сервиса канцелярскими принадлежностями, бумагой для печати. А также контроль и соблюдение мер безопасности.

В части информационного взаимодействия подведомственные Департаментам организации:

- в пределах своих полномочий информируют граждан по вопросам реализации социального сервиса;
- подведомственные Департаментам организации участвуют в совещаниях и иных совместных мероприятиях по вопросам реализации взаимодействия;
- анализируют и обобщают результаты взаимодействия;
- реализуют меры по защите информации, в том числе персональных данных, при ее обработке, включая получение согласия граждан или их законных представителей на обработку, передачу персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну при оказании содействия в предоставлении социальных услуг и (или) психологической помощи гражданам (по форме согласно приложению 4 к Регламенту) и др.

Участники взаимодействия могут *инициировать пересмотр функций*, (указанных в приложении 3 к настоящему Регламенту) исходя из их потребностей, возникающих при реализации социального сервиса.

#### *Ответственность участников взаимодействия*

За неисполнение или ненадлежащее исполнение требований настоящего Регламента участники взаимодействия несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Споры (разногласия) между участниками взаимодействия, из числа подведомственных Департаментам организаций, возникающие в связи с исполнением настоящего Регламента, разрешаются ими путем проведения переговоров с оформлением соответствующих протоколов и иных документов.

В случае невозможности достижения взаимного соглашения споры и разногласия подлежат рассмотрению Департаментами с соблюдением разумных сроков рассмотрения.

#### *8.3.2 Социальный сервис «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»: организация, управление, практика*

Нормативно-правовой основой деятельности Социальной службы является Приказ Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы от 03.02.2023 № 53/90 и Регламент взаимодействия Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы и подведомственных им организаций при реализации социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». Разрабатываются и оперативно принимаются и другие документы, конкретизирующие направления и порядок деятельности Социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы», его организацию, структуры управления и направления развития.

*Структура координации и управления* организацией, стабильным функционированием и развитием Социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» при руководстве и межведомственном взаимодействии ДТСЗН и ДЗМ практически осуществляется ГБУ города Москвы «Координационный центр по межведомственным проектам Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы»

ГБУ города Москвы «Координационный центр по межведомственным проектам Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы» (далее – *Координационный центр*) под руководством профильного заместителя руководителя ДТСЗН осуществляет достижение цели создания Социального сервиса в подведомственных организациях ДТСЗН и, при межведомственном взаимодействии, в подсервисах в подведомственных организациях ДЗМ, практическую организацию, управление, развитие социального сервиса, решая все вопросы его стратегического, тактического и оперативного управления.

### *Структура Координационного центра*

Координационный центр практически осуществляет организацию, управление, координацию взаимодействий и процедуры контроля деятельности четырех подсервисов Социального сервиса в 2х подведомственных учреждениях ДТСЗН, и, во взаимодействии с ДЗМ, в 37 подведомственных организациях ДЗМ:

#### *1. Подсервис «Социальный координатор в больнице».*

*Основной функционал* — комплексное социальное сопровождение граждан и их родственников на протяжении всего пребывания в медицинской организации.

По состоянию на начало августа 2023 функционирует в 33 медицинских организациях (подробнее в параграфе 3);

#### *2. Подсервис «Социальный координатор в скорпомощных стационарных комплексах».*

*Основной функционал* — комплексное социальное сопровождение граждан на протяжении всего пребывания в скорпомощных стационарных комплексах и своевременное содействие в предоставлении необходимой информации и (или) психологической помощи родственникам (близким людям) граждан при их экстренной госпитализации.

#### *3. Подсервис «Социальный контакт-центр».*

*Основной функционал* — социальное взаимодействие с родственниками (доверенными лицами) граждан, находящихся на лечении в медицинских организациях, предоставление им необходимой информации о состоянии здоровья указанных граждан, снижение нагрузки на медицинский персонал.

#### *4. Подсервис «Служба психологической помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».*

*Основной функционал* — выявление граждан, нуждающихся в оказании психологической помощи, и обеспечение своевременного оказания квалифицированной психологической помощи таким гражданам.

*Функционал* ГБУ города Москвы «Координационный центр по межведомственным проектам Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы»:

*В плане межведомственного взаимодействия Координационный центр:*

Организует, координирует и практически осуществляет процедуры межведомственного взаимодействия между Департаментами;

Руководит, организует, координирует и практически осуществляет процедуры межведомственного взаимодействия между подведомственными организациями Департаментов;

Иницирует, разрабатывает предложения по направлениям развития и структурно-функциональным особенностям деятельности Социального сервиса;

Руководит, организует, координирует и практически осуществляет процедуры межведомственного взаимодействия между Социальным сервисом и УСЗН Округов;

Руководит, организует, координирует и практически осуществляет процедуры межведомственного взаимодействия между Социальным сервисом и силовыми структурами (МВД, МЧС и др.), городскими сервисами (Мои документы и др.), страховыми организациями, стационарными учреждениями, социальными сервисами помощи (БОМЖ и т.д.), органами муниципальной власти, общественными организациями, приютами для животных и др. структурами, необходимыми для функционирования Социального сервиса;

Иницирует и организует анализ и обобщение результатов взаимодействия;

Предоставляют разъяснения, необходимые для осуществления взаимодействия.

*В плане разработки нормативно-методического обеспечения:*

Координирует разработку в соответствии с установленными полномочиями нормативно-методического обеспечения деятельности Социального сервиса:

- положения,
- порядки работы,
- штатные нормативы,
- должностные инструкции,
- социальный паспорт,
- набор необходимых социальных услуг),
- стандарты услуг,
- алгоритмы: предоставления услуг, взаимодействия и др.,



— методические рекомендации по различным направлениям деятельности и т.д.

*В плане организации функционирования:*

1. Организует, управляет, координирует и контролирует деятельность:
  - подсервиса «Социальный координатор в больнице» в 33 медицинских организациях;
  - подсервиса «Социальный координатор в скорпомощных стационарных комплексах» в 2 медицинских организациях и организует его в 4х медицинских организациях;
  - подсервиса «Социальный контакт-центр» в 5 больницах, и организует его деятельность в 29 больницах;
  - подсервиса «Служба психологической помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» в 24 больницах и организуя его работу в 3х медицинских организациях.
2. Организует совместно с ДТСЗН материально-техническое и финансовое обеспечение деятельности Социального сервиса;
3. Руководит кадровой политикой, обеспечивает привлечение профессиональных кадров (социальных координаторов, психологов, IT-специалистов и иных категорий сотрудников) клиентоориентированных, мотивированных на эмпатию и проактивную деятельность. Организует проведение собеседований и профессиональную диагностику претендентов на должности;
4. Иницирует создание, организует деятельность по формированию цифровых сервисов Социального сервиса (ИС ГКБ), внутренних мессенджеров для оперативной координации деятельности, социальных сетей и т.д.;
5. Иницирует, организует деятельность по формированию информационной политики Социального сервиса по информированию граждан и средств массовой информации, по использованию возможностей Интернет-сетей, социальных сетей, мессенджеров по популяризации Социального сервиса; по созданию сетевых сообществ пациентов, членов их семей и друзей сервиса, по разработке бронированных средств визуальной популяризации Социального сервиса (буклеты, справочники, листовки, каталоги и т.д.);
6. Иницирует и организует стратегическое взаимодействие с главными врачами 37 медицинских учреждений ДЗМ – участников Социального сервиса, и оперативное взаимодействие с ответственным за реализацию проекта медицинским персоналом 37 больниц;

7. Иницирует, организует постоянный мониторинг и контроль деятельности подсервисов в подведомственных организациях, в т.ч. при помощи цифровых сервисов (ИС ГKB и др.);

8. Иницирует, организует деятельность по повышению уровня профессионализма кадров Социального сервиса, по разработке и реализации актуальных программ профессиональной переподготовки кадров старших социальных координаторов, социальных координаторов, психологов и иных категорий сотрудников;

9. Иницирует, организует научно-аналитическую деятельность по направлениям, необходимым для разработки методологического и методического обеспечения деятельности Социального сервиса, оценки результатов и выработке направлений развития, повышающих качество жизни москвичей;

10. Организует научно-практические мероприятия: круглые столы, стратегические сессии, конференции, симпозиумы, направленные на совершенствование Социального сервиса;

11. Иницирует, организует деятельность по профилактике социального выгорания сотрудников сервиса, осуществляет моральное и материальное стимулирование повышения качества и эффективности деятельности сотрудников;

12. Иницирует, обращается с предложениями в ДТСЗН, ДЗМ и др. по организации иных видов деятельности по развитию деятельности Социального сервиса, направленных на поддержку детей, больных онкологическими заболеваниями, лиц с ментальными нарушениями, лиц БОМЖ и иных категорий лиц, нуждающихся в поддержке методами клинической социальной работы.

Однако, помимо вышеуказанных нормативных актов, существует также информационное взаимодействие, которое осуществляется посредством систем электронного документооборота и обмена информацией. В Москве функционируют различные информационные порталы и электронные сервисы, которые позволяют органам взаимодействовать между собой и обмениваться необходимой информацией для решения различных задач.

Таким образом, межведомственное взаимодействие в Москве регулируется как нормативно-правовыми документами, так и современными информационными технологиями, что позволяет обеспечивать более эффективную и координированную работу государственных и муниципальных органов.

### **Общие выводы**

Межведомственное взаимодействие ДТСЗН и ДЗМ разработано в целях оказания содействия своевременному удовлетворению индивидуальных потребностей граждан, находящихся на лечении в стационарных медицинских организациях государственной системы здравоохранения, посредством реализации в указанных организациях социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

В процессе межведомственного взаимодействия были определены участники взаимодействия, полномочия, функции и их ответственность при реализации социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» направленного на выявление граждан, нуждающихся в предоставлении социальных услуг и (или) психологической помощи и оказание им содействия в получении таких услуг и помощи согласно законодательству Российской Федерации и города Москвы.

Социальный сервис «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» - это современная логистически выверенная организационно-управленческая структура, состоящая из подсервисов, реализующая в полной долговременный уход за пожилыми гражданами через различные ведомственные учреждения.

### **Вопросы и задания:**

1. Из каких подсервисов состоит организационно-управленческая структура Социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»?
2. В каком году разработан Регламент межведомственного взаимодействия ДТСЗН и ДЗМ?
3. Какие существуют организационно-управленческие особенности Социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»?
4. Сколько подведомственных организаций ДТСЗН участвует в Социальном сервисе?
5. Сколько подведомственных организаций ДЗМ участвует в Социальном сервисе?
6. Какие задачи решает ГБУ города Москвы «Координационный центр по межведомственным проектам Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы»?

## Глава 9. Ключевые роли, базовые навыки и практические интервенции социального координатора в медицинских организациях

Деятельность социального координатора предполагает оказание пациентам широкого спектра услуг (информирование, консультирование, установление связи с родственниками, организация выписки из стационара и сопровождение и др.). Предоставляя какую-либо услугу, социальный координатор может выполнять одну или несколько ролей одновременно.

В Российской энциклопедии социальной работы, *Е.Г. Сорокиной*, роль в широком смысле трактуется как «описание ограниченного множества действий выполняемых кем-то или чем-то в рамках определенного процесса», а социальная роль – как «характеристика поведения человека в условиях, определяемым социальным институтом».

Роли и функции социальных работников рассмотрены в работах ряда отечественных авторов (*Зимняя И.А., Сидоров В.Н., Студенова Е.Г., Фирсов М.В., Холостова Е.И. и др.*). Выделяя группы профессиональных ролей, исследователи обращают внимание на то, что ролевая нагрузка обуславливается содержанием профессиональной деятельности специалиста. Наряду с традиционными ролями (практический социальный работник, консультант, организатор, управленец) обозначают и новые (тьютор, модератор, фасилитатор, инноватор).

### 9.1. Ключевые роли социального координатора

Ролевой репертуар социального координатора определяется спецификой его профессиональной деятельности, формирующийся по мере становления и развития. На основе анализа социальной координации как вида профессиональной деятельности можно выделить ряд ролей, которые можно объединить в несколько групп.

**Практические роли (практическая деятельность):** консультант, организатор /помощник пациента.

**Посреднические роли (организация и координация работы):** управляющий делами пациента, защитник интересов и прав пациента.

**Управленческие роли (управление социальной координацией):** администратор, руководитель персонала, лидер команды.

**Профессиональные (обучение и наставничество):** наставник; исследователь/эксперт.

**Интегративная ролевая позиция** – совмещение нескольких ролей в определенной ситуации.

**Ситуативные роли:** проситель, «виноватый».

### *9.1.1. Практические и посреднические роли социального координатора в помогающем процессе*

Практические роли и посреднические роли социального координатора входят в своеобразный репертуар профессионала. Они обусловлены межведомственным характером деятельности профессионала, особенностями работы с пациентами 65+, а также спецификой помогающей практики.

**Консультант** – использует информацию, специальные знания для решения проблем пациентов, находящихся в медицинской организации / содействует представителям «внешних» организаций (органам и учреждениям социального обслуживания, благотворительных организаций и др.) в оказании помощи пациентам.

В рамках практической деятельности социальный координатор, с одной стороны, непосредственно взаимодействует с пациентом. Например, информирует пациента о видах социальной помощи и мерах социальной поддержки, предоставляемых в Москве. Причем, содержание информации будет зависеть от специфики физического и социального функционирования пациента (нарушения слуха, зрения; одиночество), его возрастных и личностных особенностей (аддиктивное поведение, агрессивность), вида нозологии (сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, травмы дементные изменения и др.).

С другой – взаимодействует с представителями организаций, которые обеспечивают пациенту поддержку после выписки из стационара (учреждения социального обслуживания, геронтологические центры). Акцентируется внимание на организационных вопросах (обеспечение транспортировки пациента, оформление социального обслуживания на дому, направление в ГКУ ЦСА имени Е.П. Глинки и др.)

**Организатор/помощник пациента** – организует и предоставляет пациенту перечень социальных услуг.

Социальный координатор наряду с выявлением пожилых и маломобильных граждан, потенциально нуждающихся в социальной и психологической помощи, предоставляет ряд социально-бытовых услуг: от приобретения товаров первой необходимости и лекарств по назначению врача до транспортировки и сопровождения пациента после госпитализации по персональному маршруту. Выявляет конкретные нужды пациентов, факты и жизненные обстоятельства, имеющие значение для оказания качественной помощи.

**Посреднические роли (организация и координация работы):**

**Управляющий делами пациента** – обеспечивает пациента комплексом услуг.

Социальный координатор составляет «Социальный портрет пациента», в котором наряду с медицинскими характеристиками (функциональные и когнитивные нарушения, психиатрические проблемы, физиологические особенности) отражает социальные (отношения в семье пациента, особенности социального окружения). С учетом особенностей социального портрета разрабатывается индивидуальная программа услуг, которую социальный координатор согласовывает с пациентом, а затем непосредственно участвует в ее реализации, а также осуществляет взаимодействие с организациями, участвующими в предоставлении услуг.

*Защитник интересов и прав пациента* – оказывает содействие пациенту в соблюдении его интересов и прав, восстановлении и сохранении социальных связей.

Социальная среда и социальное положение пациента оказывают существенное влияние на вариативность медицинской помощи и ее результативность. Неравенство обусловлено уровнем дохода пациента, его социальным статусом, состоянием здоровья. В современных условиях представители социально уязвимых групп населения не имеют широкого доступа к получению качественных медицинских услуг, поэтому действия социального координатора в данном контексте заключаются в оказании помощи в реализации прав пациентов, расширение их ресурсов, например, содействие в предоставлении социального обслуживания на дому, направления в специализированное учреждение, восстановлении и поддержании социальных связей.

#### *9.1.2. Управленческие и профессиональные роли социального координатора*

Социальная координация – это не только помогающий, но административный процесс, который предполагает алгоритм определенных действий, планирование, контроллинга и оценивание оказанных услуг. Этот процесс в рамках социального администрирования реализуется социальным координатором, наделенный определенными управленческими функциями.

#### *Управленческие роли (управление социальной координацией).*

*Администратор* – управляет процессами, обеспечивающими функционирование службы координации, и оказание социально-психологической помощи нуждающимся пациентам.

Администратор осуществляет планирование, разрабатывает стратегию и тактику развития службы, обеспечивает внедрение инновационных технологий; осуществляет сотрудничество с социальными и общественными организациями. Определяет объем и оптимальные методы оказания социальной и психологической помощи пациенту, информирует о правах на получение мер социальной поддержки, с учетом потребностей и индивидуальной программы услуг.

В рамках практической деятельности администратор может осуществлять руководство и контроль за деятельностью персонала, совмещая роли собственно администратора и руководителя персонала.

*Руководитель персонала* – организует работу службы координации на территории медицинской организации.

Старший социальный координатор осуществляет руководство и контроль за работой службы социальной координации в лечебном учреждении, ставит задачи перед сотрудниками и обеспечивает их выполнение, а также выстраивает отношения с медицинским сообществом и администрацией лечебного учреждения. Руководитель, с одной стороны, может выступать в качестве куратора рабочего процесса, с другой – в качестве участника формирования стратегии деятельности службы, определяя его цели и задачи. Руководитель персонала может выполнять и роль наставника, который обучает и поддерживает новых сотрудников, оказывает помощь в принятии решений.

*Лидер команды* – обеспечивает эффективное взаимодействие членов команды, направленное на качественное предоставление социальных услуг пациентам.

Лидер наделяется определенными полномочиями по формированию команды, организации совместной деятельности ее членов и регулировании взаимоотношений, осуществляет постановку целей и задач команды, вовлекая в их реализацию всех участников. Лидер распределяет нагрузку между членами команды, очерчивает границы ответственности, при необходимости – перераспределяет поручения внутри команды. Для достижения позитивных результатов развивает сотрудничество, регулирует межличностные отношения и оказывает морально-психологическую и организационную поддержку участникам команды, управляет их профессиональным развитием.

*Профессиональные (обучение и наставничество).*

*Наставник (куратор)* – оказывает помощь и содействие профессиональному развитию персонала.

В роли наставника выступает опытный специалист, обладающий высоким уровнем квалификации и практическим опытом. Наставник оказывает помощь новому сотруднику в выборе приоритетов при выполнении целей и задач профессиональной деятельности, осознании собственной роли, определении границ ответственности, преодолении барьеров и рисков, возникающих в практической работе. Например, у социального координатора в конкретных ситуациях могут появиться сомнения и неуверенность, приводящие к неудовлетворенности своей работой. Особое внимание наставник уделяет проведению анализа проблем, возникающих у коллеги. Практическая работа наставника служит



своеобразным примером для нового сотрудника, помогает формировать позитивный имидж как службы в целом, так и ее специалистов.

*Исследователь/эксперт* – изучает специфику функционирования и развития службы для повышения эффективности ее деятельности.

Поскольку служба социальной координации находится в стадии становления, важное значение приобретает исследования различных аспектов содержания ее деятельности. Диапазон достаточно широк: изучение особенностей отдельных пациентов и групп людей (возрастные и индивидуальные характеристики, социальный статус и проблемы, вид нозологии, отношение к болезни и др.); востребованность и результативность предоставляемых социальных услуг; особенности взаимодействия в контексте «социальный координатор-пациент»: технологии общения, проблемы и конфликты; анализ различных аспектов подготовки кадрового состава службы; организация межсекторного и межведомственного взаимодействия, этика и деонтология в работе службы координации и др.

Приоритетное направление в работе исследователя: улучшение качества предоставления услуг пациентам и снижение потенциальных рисков в профессиональной деятельности социального координатора.

В практической деятельности возможно совмещение ролей наставника и исследователя/эксперта, так как высококвалифицированные сотрудники, обладающие богатым профессиональным опытом склонны к разработке и/или внедрению инновационных подходов и технологий, чаще других взаимодействуют с научным сообществом, проявляют глубокую заинтересованность в повышении результативности своей работы. Мнение таких специалистов является авторитетным, поэтому в конкретных ситуациях они могут выступать в роли экспертов.

Наряду с рассмотренными ролями в практической деятельности чаще всего встречается *интегративная позиция*, когда социальному координатору приходится одновременно совмещать несколько ролей. Варианты совмещения разнообразны и определяются спецификой каждой конкретной ситуации.

Изучение практической работы службы социальной координации показывает, что в отдельных случаях сотрудники могут выполнять ситуативную ролевую нагрузку, которая проявляется не так явно как выше описанные роли, но имеет место быть, например, *«альtruист/трудоголик/жертвоватeль»*.

В кадровом составе службы координации преобладают специалисты, с практическим опытом работы в системе социальной защиты и социального обслуживания населения, имеющие объективное представление о положении и проблемах социально



уязвимых категорий населения, которые обусловлены существующими обстоятельствами (несовершенство законодательства, ограниченность финансирования, недостаточная развитость инфраструктуры и материально-технической оснащенности социальных учреждений, старение населения и неравенство доступности к получению медицинской помощи и др.). Наблюдения показывают, что не редко специалисты социальной сферы готовы оказать помощь и поддержку вне служебной деятельности, облегчив положение страдающего человека. Принимая живое участие в судьбе пациента, сотрудники, как правило, не имеют возможности компенсировать свои ресурсы (физические, временные, интеллектуальные), что впоследствии может привести к профессиональному выгоранию. В связи с этим тема психогигиены приобретает важное значение в процессе подготовки социальных координаторов.

Изучение практической деятельности социальных координаторов позволяет выделить еще одну ситуативную роль – *«виноватого»*.

*С одной стороны*, мы сталкиваемся сегодня с рядом социальных проблем, которые носят долговременный характер (трудности социально-экономического положения страны, материальное неравенство и ухудшение состояния здоровья населения и др.), что затрудняет развитие социальных институтов и внедрение инновационных подходов, требующих существенных ресурсов. Ориентация только на ведомственные интересы и «малозатратные» технологии не может обеспечить повышение качества предоставления услуг, поэтому недостаточную эффективность реализации инновационных проектов чиновники пытаются объяснить низкой результативностью деятельности социальной службы, автоматически вынуждая сотрудников службы занимать позицию «виноватых».

*С другой стороны*, низкий уровень санитарно-гигиенического просвещения населения, недооценка здорового образа жизни, социальные проблемы и атмосфера в семьях, нарушение процесса лечения и др. приводят к тому, что ожидания пациента и реальные результаты лечения не совпадают. Учитывая, что социальный координатор не назначает лечения, а оказывает помощь в реализации индивидуальной программы пациента, он не может в полной мере нести ответственность за результаты. В случае, если пациент и/или его родственники не понимают функционала социального координатора, они склонны возлагать на него вину за неэффективность лечения.

## **9.2. Ролевой репертуар социального координатора в системе помогающего процесса**

Ролевой репертуар социального координатора будет расширяться по мере развития и дифференциации данного вида профессиональной деятельности.

Характер профессиональной деятельности требует от социального координатора наличия широкого спектра знаний как о человеке в целом, так и самой службе координации: начиная от базовых знаний и понимания основ физического и психического здоровья, социологии, психологии, социальной работы и технологий работы с пациентами, до нормативно-правовой базы организации, ее функционирования, междисциплинарного и межведомственного взаимодействия и понимания перспектив развития.

Образование, общие и профессиональные знания и умения, способности, социально значимые и профессионально важные качества составляют профессиональный потенциал специалиста, реализация которого зависит от совокупности факторов (характер профессиональной деятельности, социальные условия, позиция личности, ее потребности и др.).

### *9.2.1. Компетентностные подходы к модели социального координатора в отечественной теории социальной работы*

В современной научной литературе представлены масштабные исследования требований российского рынка труда к компетенциям специалиста, на основе которых создан ряд моделей компетенций специалиста 2025. Опираясь на существующие подходы, разработана обобщенная модель компетенций специалиста социальной координации.

Навыки, необходимые социальному координатору объединены в четыре группы: когнитивные, социально-поведенческие, навыки межличностного общения, цифровые. Рассмотрим группы навыков и компетенций подробнее.

#### **1. Группа когнитивных навыков включает следующие компетенции:**

1.1. Саморазвитие: самосознание, обучаемость, восприятие критики и обратная связь, любознательность, саморефлексия.

1.2. Самоуправление: организация своей деятельности, приоритизация, управление временем и ресурсами, понимание собственных эмоций, самоконтроль.

1.3. Управленческие навыки: разработка плана работы; постановка задач, формирование команд, мотивирование и развитие других, делегирование полномочий.

1.4. Достижение результатов: ответственность и решительность, принятие риска, выдержка и настойчивость в достижении цели, умение справляться с неопределенностью, инициативность.

1.5. Решение нестандартных задач: структурированное решение проблемы, поиск необходимой информации, креативность, в том числе умение видеть возможности, критическое мышление.

### *2. Группа навыков межличностного общения:*

2.1. Коммуникативная грамотность: овладение правилами общения и применение их в конкретной ситуации, соблюдение этикета в письменной и устной речи.

2.2. Коммуникативное взаимодействие: установление контакта и обмен информацией, сбор, обобщение и анализ информации для решения коммуникативных задач, ведение переговоров, управление общением, активное слушание.

2.3. Межличностные навыки: работа в команде, этичность, эмпатия, пациентоориентированность, управление стрессом, адекватное восприятие критики.

2.4. Межкультурное взаимодействие: осознанность, социальная ответственность, кросс-функциональное и кросс-дисциплинарное взаимодействие, соблюдение культурных норм.

### *3. Группа цифровых навыков включает навыки в пяти блоках компетенций.*

3.1. Цифровая грамотность: использование информационных систем, применяемых в медицинских организациях.

3.2. Управление информацией: обработка и анализ данных.

3.3. Цифровое сотрудничество: обмен информацией и использование цифровых технологий внутри команд и организаций с использованием цифровых инструментов и технологий.

3.4. Цифровая этика: использование норм, правил и принципов поведения в онлайн-среде.

3.5. Цифровое обучение: освоение современных цифровых технологий.

Социальный координатор оказывает разнообразную квалифицированную помощь пациентам, которая направлена на восстановление их социально-психологического самочувствия и развитие адаптационных возможностей в условиях пребывания в медицинской организации.

Следует учитывать, что адаптационные возможности пациента зависят от его физиологического состояния и социального статуса: возраста, тяжести, течения и

длительности заболевания, наличия инвалидности, условий проживания и др. На адаптацию пациента в медицинской организации оказывают влияние и микро- и макроусловия. Под микроусловиями понимается пребывание пациента в палате в иных бытовых условиях, связанных с санитарно-гигиеническими ограничениями, дефицитом общения с близкими. Под макроусловиями – адаптация к условиям медицинской организации в целом, то есть соблюдение внутреннего распорядка: режима сна и отдыха, питания, своевременность выполнения лечебно-диагностических процедур и др.

Важное значение имеют и психологические факторы, например, адаптация пациента к болезни, к роли больного, наличие мотивации к выздоровлению.

Работая в контакте с врачом, психологом и другими членами мультидисциплинарной команды, социальный координатор способствует формированию у пациента мотивации на социальную адаптацию и выздоровление; созданию благоприятных социально-психологических условий для стимулирования личностных изменений пациента, а также проведению коррекции патологических форм поведения.

### *9.2.2. Профессиональные интервенции социального координатора*

В процессе профессиональной деятельности социальный координатор осуществляет полифункциональное взаимодействие с пациентом, основываясь на личностно-ориентированном подходе, тем самым активизируя личностный ресурс пациента для лечения и выздоровления посредством использования практики интервенции.

Термин «интервенция» в теории и практике социальной работы применяется в сочетании с такими понятиями как консультирование, медиация, социальное планирование, психотерапия, психокоррекция и отражает сущность процессов изменения, развития и поиска ресурсов. В процессе развития практической социальной работы оформились разные концепции: помощи (взаимообусловленного взаимодействия), изменений (непосредственного воздействия), активизации (передачи полномочий).

В контексте деятельности службы социальной координации интервенция может трактоваться как вмешательство посредством сотрудничества с целью стимулирования позитивных изменений; ослабления или устранения патологических форм поведения, препятствующих социальной адаптации и формированию у пациента мотивации к выздоровлению.

Основные принципы интервенции: поддержка, уважение, сотрудничество, коллегиальность, соблюдение этики и деонтологии.

*В профессиональной деятельности* социального координатора можно выделить ряд практических интервенций.

*Информирование.* Первичные сведения о пациенте социальный координатор получает от врача. Причем, объем этой информации может существенно отличаться в зависимости от степени тяжести физиологического состояния (например, острое или хроническое состояние) и социального статуса пациента (социально-демографические характеристики). Исходя из ситуации, социальный координатор может не единожды встречаться с пациентом для того, чтобы собрать сведения, оценить жизненные обстоятельства, в которых оказался пациент, определить его потребности в оказании государственных социальных услуг, установить связи с родственниками (если таковые имеются) и др.

На основе полученных данных социальный координатор составляет социально-психологический портрет пациента, разрабатывается индивидуальная программа по оказанию социальных услуг, в реализации которой социальный координатор принимает непосредственное участие. Для успешного осуществления интервенции социальному координатору требуются овладение такими методами, как интервью, беседа, наблюдение, предполагающие применения навыков постановки вопросов, активного слушания, обобщения информации и др.

Большое значение для эффективного проведения интервенции приобретает соблюдение норм этики и деонтологии в процессе взаимодействия с пациентом. Наряду с этими формами деятельности социальный координатор инструктирует пациента о режиме функционирования медицинской организации, порядке предоставления медицинских манипуляций, а также социальных услуг, в которых нуждается пациент. То есть, в рамках данной интервенции социальный координатор проводит инструктаж пациента (оказывает помощь в получении информации), консультации (оказывает помощь в использовании имеющихся возможностей).

*Социально-психологическое сопровождение.* В рамках данной интервенции социальному координатору предстоит решить ряд задач: оказать помощь пациенту в формировании адекватного отношения к болезни, принятии роли больного, в адаптации к условиям медицинской организации, а также осознанного позитивного взаимодействия с персоналом для успешного выполнения индивидуальной программы лечения и предоставления социальных услуг.

При составлении индивидуальной программы социально-медицинской помощи социальный координатор учитывает индивидуальные особенности пациента, его персональные потребности, а затем согласовывает программу с пациентом. Суть интервенции состоит в том, чтобы сформировать у пациента адекватное отношение к

болезни, принять роль больного, объективно оценить свои возможности и направить имеющиеся ресурсы на преодоление болезни и выздоровление.

Социальному координатору предстоит помочь пациенту в получении разнообразной информации. Например, если у пациента остались вопросы после посещения врача, и/или не сложились отношения с медицинской сестрой. Возможно, препятствиями на пути успешного лечения выступают неблагоприятные отношения с родственниками или тревога о своем дальнейшем положении после выписки из медицинской организации (например, если пациент не имеет родственников).

*Актуализация личностных ресурсов пациента.* Специфика интервенции состоит в том, что внутренняя картина болезни зависит от совокупности факторов: отношение к болезни, установка на проведение лечения, наличие мотивации на выздоровление, готовность к конструктивному взаимодействию с персоналом медицинской организации. Задачи данного вида интервенции: осуществление социально-психологической превенции и профилактики (предупреждение возможных деструктивных изменений, преодоление психологических барьеров), коррекция, реабилитация.

В рамках данной интервенции социальному координатору необходимо тесно взаимодействовать с медицинскими работниками и с психологом, а также с родственниками или близкими людьми пациента. Для успешного осуществления данной интервенции социальный координатор должен иметь представление о множестве терапевтических методов и стратегий по повышению психических ресурсов, снижению эмоционального напряжения и усвоению или совершенствованию навыков, необходимых пациенту в повседневной жизни после выписки из медицинской организации.

### **Общие выводы**

Диапазон социальных услуг, предоставляемых социальным координатором пациентам на территории медицинской организации, достаточно широк: от консультирования до организации выписки из стационара и сопровождения. Ролевой репертуар социального координатора обуславливается спецификой профессиональной деятельности. В числе ключевых можно выделить несколько групп ролей: практические роли (консультант, организатор /помощник пациента), посреднические роли (управляющий делами пациента, защитник интересов и прав), управленческие роли (администратор, руководитель персонала, лидер команды), профессиональные (наставник; исследователь/эксперт). Довольно часто в практической деятельности социальный

координатор занимает интегративную ролевую позицию, совмещая одновременно несколько ролей.

Для успешного выполнения профессиональной деятельности социальному координатору необходимо обладать широкой профессиональной эрудицией, включающей знания как о человеке в целом, так и о службе координации, а также совокупностью навыков. Базовые навыки, необходимые социальному координатору, сгруппированы в четыре блока (когнитивные, социально-поведенческие, навыки межличностного общения, цифровые).

Социальный координатор в процессе профессиональной деятельности осуществляет полифункциональное взаимодействие с пациентом, в основе которого лежит личностно-ориентированный подход. Применение социальным координатором практик интервенции способствует актуализации личностных ресурсов пациента, что обуславливает оптимизацию процесса лечения и развитие мотивации на выздоровление. К основным практикам интервенции, используемым социальными координаторами, можно отнести следующие: информирование, социально-психологическое сопровождение, актуализацию личностных ресурсов пациента.

### **Вопросы и задания**

1. Охарактеризуйте ролевой репертуар социального координатора.
2. Какие навыки необходимы социальному координатору для осуществления успешной профессиональной деятельности?
3. Назовите основные принципы практических интервенций.
4. Дайте характеристику основных видов практических интервенций, осуществляемых социальными координаторами.

### **Практическое задание.**

#### **Практическая ситуация №1.**

«В стационар поступила Иванова Мария Петровна, 79 лет, одиноко проживающая. Проснулась ночью, пошла в туалет. Запнулась за ковер. Во время падения пыталась удержаться за стол, но не смогла... Резкая боль, потеряла сознание... Лежала на полу до появления соседей...

Когда падала, зацепила скатерть, разбилась ваза... соседи услышали грохот. Звонили, стучали... Слышны стоны, но женщина не может открыть дверь... Взломали замок ... Вызвали «Скорую»

Травма: перелом шейки бедра. Испугана, растеряна, напряжена...на вопросы не отвечает, только вздрагивает...

В Москве живет одна, дочь – в Саратове. Гипертоническая болезнь. Когнитивные нарушения. Помогает по дому соседка 62 лет».

Какую ролевую нагрузку выполняет социальный координатор на первом этапе взаимодействия с пациентом?

## **Глава 10. Особенности работы социального координатора в мультидисциплинарной команде**

В соответствии с реформами в области здравоохранения, происходящими в настоящее время, медицинская помощь должна оказываться с использованием междисциплинарного подхода, подразумевающего сотрудничество специалистов медицинского и немедицинского профилей. Такой подход к оказанию медицинской помощи получил название биопсихосоциального. В рамках этого подхода улучшение состояния здоровья рассматривается не как конечный результат, а как процесс, включающий оптимизацию физического и функционального статуса, развитие адаптации к появляющимся изменениям, связанным с возрастом, и усвоение навыков их преодоления, а также стремление к полному выявлению личностных возможностей пациента, что в целом определяет качество жизни пожилого человека.

С учетом гериатрических подходов наличие или отсутствие гериатрических синдромов, определяют функциональную способность пожилого человека. При этом, синдром старческой астении рассматривается как негативный критерий состояния здоровья у пациентов старших возрастных групп и всегда ассоциируется с гериатрическим уходом, направленным на оказание помощи при данном состоянии.

В тоже время комплекс социально-медицинских мероприятий в работе с пожилым человеком должен разрабатываться не только с учетом его проблем, но и с обязательным выявлением ресурсов жизнедеятельности и остаточных резервов стареющего организма, что, безусловно, является позитивным критерием при организации мероприятий медицинского и социального характера.

### *10.1. Причины и основания формирования мультидисциплинарной команды в медицинских организациях*

Биопсихосоциальный подход, называемый также пациент-ориентированным или холистическим, по существу, возвращает нас на современном витке развития медицинской



науки и практики к принципу, который изначально был заложен в основу русской клинической школы — «лечить больного, а не болезнь».

Представление об оптимальном качестве жизни большинство пожилых людей связывает не столько с отсутствием болезней, сколько с возможностью жить активной, полноценной, максимально продуктивной и независимой жизнью, благодаря успешной адаптации как к неизбежным изменениям в организме, связанным со старением, так и к проявлениям заболеваний. От работников здравоохранения в свою очередь требуется своевременное выявление многочисленных проблем пожилых пациентов и их потенциальных взаимодействий, оценка имеющихся ресурсов, определение приоритетов в лечении, разработка и реализация плана непрерывного и долгосрочного ухода. Забота социальных координаторов — создать устойчивую кооперацию между лечащими врачами, социальными организациями и родственниками, которые по каким-либо причинам не могут или не хотят помогать пожилым пациентам, которые не могут о себе самостоятельно позаботиться.

Взаимопереплетение социальных, медицинских, психологических и правовых проблем пожилых пациентов объективно выдвигает необходимость применения междисциплинарного подхода. Междисциплинарный подход предусматривает кооперацию специалистов-представителей различных предметных областей при оказании помощи пациенту с объединением в мультидисциплинарную команду, члены которой согласовывают свои действия, стремятся к обмену и интеграции имеющихся у них знаний и профессиональных навыков для совместной работы по социальному обслуживанию. Междисциплинарный подход способствует более глубокому изучению проблем пациента и ресурсов для помощи, позволяет использовать совокупность способов и приемов, методов и методик, применяемых в различных профессиональных областях.

Мультидисциплинарная команда предполагает работу независимых специалистов из различных дисциплинарных областей для комплексного решения проблем пациента. Она позволяет создать эффективные механизмы его поддержки, сосредоточивать различные виды социальных услуг вокруг одиноких пожилых людей, комплексно решать проблемы, сократить время реагирования на нужды пациента и координировать действия различных специалистов, более гибко и эффективно использовать ресурсы медицинской организации, специальные знания и компетенции сотрудников учреждения.

Специалист в конкретной предметной области применяет в работе с пациентами совокупность, присущих конкретной дисциплине, методологических подходов, методов, способов и приемов, но при этом допускается использование профессионального

инструментария, присущего одной предметной области (дисциплины), в другой, и формируется общая профессиональная терминология.

*Цель работы* мультидисциплинарной команды состоит в том, чтобы пациенту на всех этапах пребывания в стационаре (от приема до завершения госпитализации, а при необходимости – организации транспортировки и сопровождения до места жительства) была оказана качественная социально-медицинская помощь. При этом вмешательство в личную жизнь пациента должно осуществляться деликатно и способствовать восстановлению его социальных связей.

*Основные задачи* мультидисциплинарной команды:

- предоставление пациентам социально-медицинской помощи;
- информирование и согласование с пациентом индивидуальной программы оказания социальных услуг;
- консультирование пациента о мерах социальной поддержки и сети учреждений, в которые он может обратиться за получением социальных услуг и предоставлением мер социальной поддержки, а также обучение пациента навыкам самостоятельного решения проблем;
- создание благоприятных условий для жизнедеятельности и лечения пациента на территории медицинской организации;
- повышение качества предоставляемых медицинских и социальных услуг, внедрение инновационных технологий и методов.

#### *10.1.1. Организация междисциплинарной команды в помогающем процессе*

Междисциплинарный подход подразумевает следующие составляющие:

- мультидисциплинарная команда специалистов;
- профессиональное поле деятельности специалистов мультидисциплинарной команды;
- командное планирование согласованных действий специалистов и семьи;
- координация;
- рабочие встречи мультидисциплинарной команды специалистов, постоянный обмен информацией;
- ресурсный подход;
- оценка результатов;
- участие членов семьи в планировании и оценке результатов.

Мультидисциплинарная команда может состоять из специалистов различных специальностей или предметных областей (социальный координатор, сотрудник службы сервиса, врач, психолог и т. д.), работающих в медицинской организации в одном или нескольких различных отделениях, а также могут быть привлечены специалисты других учреждений (например, из ГКАУ ЦСА им. Е.П. Глинки в случае оказания помощи пациентам, не имеющим места жительства). При этом в мультидисциплинарную команду могут входить несколько специалистов одной профессии, если они специализируются на работе с определенными целевыми группами или используют в работе различные методы, применение которых требуется одновременно. Мультидисциплинарная команда может иметь постоянный состав специалистов (2-3 и более специалистов), а также привлекать некоторых специалистов на временной основе. Состав мультидисциплинарной команды определяется в соответствии с потребностями каждого пациента, являющегося получателем социальных услуг, выявленными в результате социальной диагностики. В процессе социального обслуживания, по мере изменения потребностей пациентов, состав мультидисциплинарной команды может меняться.

Каждый участник мультидисциплинарной команды имеет свой функционал.

*Старший социальный координатор* курирует рабочие процессы службы на территории медицинской организации, обеспечивает взаимодействие с администрацией лечебного учреждения, а также с медицинским сообществом. Разрабатывает персональный маршрут по оказанию социальной помощи и предоставлению социальных услуг пациенту с учетом его индивидуальных особенностей и потребностей, а также осуществляет контроль за его реализацией. Оказывает поддержку социальным координаторам в выполнении должностных обязанностей, содействует их профессиональному развитию. Координирует взаимодействие с медицинскими, социальными организациями и подразделениями, участвующими в реализации индивидуальной программы услуг.

*Социальный координатор* выявляет пожилых и маломобильных пациентов, нуждающихся в социальной и психологической помощи; посредством общения выясняет жизненные обстоятельства и индивидуальные потребности пациентов в целях оказания адресной социальной помощи; составляет социальный портрет пациента, на основании которого разрабатывается индивидуальная программа услуг, согласовывает с пациентом программу, участвует в ее реализации и оказывает адресную социальную помощь; ежедневно проводит мониторинг пациентов, госпитализированных из стационарных социальных учреждений, а также пациентов, признанных нуждающимися в социальном обслуживании на дому; осуществляет взаимодействие с медицинскими и социальными организациями и подразделениями, участвующими в реализации индивидуальной

программы услуг. Устанавливает взаимодействие с родственниками и/или близкими людьми пациента, оказывает им содействие в получении социальных услуг.

*Врач* (профиль специалиста определяется направлением медицинской организации) оказывает медицинскую помощь, выявляет проблемы и оценивает потребности пациента, назначает и корректирует лечение, проводит лечебные манипуляции, по мере необходимости привлекает к работе специалистов другого профиля (кардиолога, невропатолога, психиатра и др.). Несмотря на то, что деятельность врача прежде всего направлена на оказание медицинской помощи, результативность лечения в определенной мере зависит от полноты информации о состоянии пациента, его социального статуса, от успешного построения коммуникации не только с пациентом, но и личного и группового общения с членами команды на основе соблюдения принципов медицинской этики и деонтологии.

*Медицинская сестра* согласно назначенному врачом лечению, выполняет медицинские манипуляции и осуществляет контроль соблюдения пациентом рекомендаций, данных врачом.

*Психолог* оказывает пациенту неотложную психологическую помощь в пределах медицинской организации. Составляет план по психологическому сопровождению пациента в течение периода госпитализации и согласовывает его с лечащим врачом и социальным координатором. Осуществляет коррекцию психического и психосоматического состояния пациента, составляет рекомендации по профилактике психологических нарушений, принимает участие в разрешении конфликтных ситуаций. Консультирует членов команды, при необходимости оказывает им психологическую помощь.

*Формы взаимодействия* социального координатора в составе мультидисциплинарной команды разнообразны: старший координатор – социальный координатор; социальный координатор – пациент; социальный координатор – родственники пациента /представитель социальной службы; социальный координатор – врач; социальный координатор – медицинская сестра; социальный координатор – психолог. Каждая форма взаимодействия при наличии сходства имеет свои отличия.

Обеспечению гибкости и достижения результативности в деятельности мультидисциплинарной команды в медицинской организации будет способствовать *ряд условий:*

- определение границ, в которых сотрудники команды наделяются определенными полномочиями и ответственностью; наличие возможности делегирования полномочий;
- развитие сотрудничества и по вертикали, и по горизонтали;

- создание и поддержка функционирования постоянно действующих каналов коммуникации и информации;
- обеспечение непрерывного профессионального обучения и развития членов команды;
- оказание организационной и социально-психологической поддержки для сохранения и развития у членов мультидисциплинарной команды мотивации к работе и внедрению инноваций.

Члены мультидисциплинарной команды сталкиваются с *разными барьерами* как при организации взаимодействия в рамках службы координации, так и в отношениях с представителями, так называемых «внешних» организаций; их деятельность сопряжена и с определенными рисками, в числе которых следует назвать совмещение позиций разных специалистов, смещение позиций и его последствия и др. К примеру, сможет ли социальный координатор одновременно оказать необходимые виды услуг в ситуации, когда пациенту требуется срочная помощь? И/или каковы последствия смещения позиций? Например, консультация психолога, проведенная в некорректной форме, привела к ухудшению психосоматического состояния пациента. В результате запланированная выписка пациента из стационара отменена, а он переведен в реанимационное отделение.

По мере накопления профессионального опыта у членов мультидисциплинарной команды могут происходить личностные изменения, что оказывает влияние на их ожидания, настроение, отношение к работе. К примеру, у социального координатора при столкновении с организационными барьерами может появиться неуверенность в своих силах, уменьшится энтузиазм, усилится тревожность.

Эмоциональное напряжение участников команды может возникать как в связи с организационными факторами (функциональная зависимость от условий медицинской организации), так и личностными (семейные неурядицы, переезд на другое место жительства), ролевыми (изменение ролевой позиции), социально-психологическими (эмоциональная включенность в ситуацию пациента, повышенная ответственность в принятии решений при взаимодействии с больным человеком).

Сложность и интенсивность работы, выполняемой участниками мультидисциплинарной команды, может привести к появлению синдрома эмоционального выгорания. Важную роль в таком случае приобретают наличие советов, поддержки и психологической помощи со стороны членов команды (руководителя-опытного наставника, психолога), определение оптимальных способов восстановления. Обсуждение проблем, возникающих в процессе служебной деятельности, вербализация переживаний способствуют не только пониманию особенностей друг друга, но и корректировке выбора

методов и технологий, позволяющих предотвратить возможные ошибки. Эти обстоятельства должны учитываться руководством медицинской организации и реализовываться посредством осуществления разных программ: обучение, повышение квалификации, подготовка кадрового резерва, развитие мотивации к построению профессиональной карьеры, профилактика профессионального выгорания и др.

**Преимущества объединения** специалистов в мультидисциплинарную команду заключаются в следующем:

- осуществляется профессиональная и личностная поддержка специалистами друг друга;
- применяется единый методологический подход в работе с одинокими пожилыми пациентами;
- обеспечивается взаимодополняемость профессиональных позиций и знаний специалистов в работе с одинокими пожилыми пациентами, их непосредственное сотрудничество на разных этапах социального обслуживания;
- применяются единый профессиональный язык;
- специалистами представляется друг другу достоверная информация об изменениях;
- формируется запрос у одиноких пожилых пациентов на оказание социальной помощи;
- организуются и координируются действия специалистов в текущих рабочих, проблемных и критических ситуациях;
- расширяются границы предметной области и формируется общее профессиональное предметное поле;
- привлекаются дополнительные методические, материальные и другие ресурсы;
- обмениваются опытом, в том числе в расширенном профессиональном сообществе.

Модель мультидисциплинарной команды является первой эволюционной ступенькой в концепции командной работы. Поэтому в ней существует довольно много неясностей и пробелов.

**Проблемными** в организации мультидисциплинарной команды являются следующие аспекты:

- требуются дополнительные затраты времени на поиск и выработку общего профессионального языка и форм совместной деятельности, проведение совместных встреч, обсуждение ограничений в основных жизненных сферах пациента;

– выработка согласованных решений отнимает значительное время, дискуссия и обсуждение могут привести к разногласиям среди специалистов или к задержке принятия решения;

– трудности в разграничении управленческих полномочий и ответственности между заведующими отделениями и координаторами мультидисциплинарных команд, поскольку взаимосвязи между специалистами выстраиваются на горизонтальном уровне.

### *10.1.2. Основные принципы мультидисциплинарной команды*

Основными **принципами** работы мультидисциплинарной команды является:

*1. Профессионализм и высокая квалификация членов мультидисциплинарной команды.* Помимо соответствующего образования, подтвержденного дипломами и сертификатами, члены мультидисциплинарной команды должны обладать опытом и навыками, которые необходимы для оказания квалифицированной помощи получателям социальных услуг из целевой группы, должны разбираться в специфике целевой группы. Постоянное повышение собственной квалификации - необходимое требование ко всем членам мультидисциплинарной команды, вне зависимости от уже имеющегося у них опыта работы.

*2. Комплексное оказание помощи с учетом всех факторов состояния здоровья получателей социальных услуг.* Услуги предоставляются мультидисциплинарной командой специалистов из разных областей знаний в сфере социальной помощи.

*3. Индивидуальный подход в оказании услуг.* Услуги предоставляются в соответствии с индивидуальными потребностями пациента.

*4. Последовательность и преемственность в соблюдении этапов оказания социальной помощи.* Вне зависимости от продолжительности работы с получателем социальных услуг все шаги в процессе оказания помощи должны быть логичными и последовательными: каждый следующий шаг должен вытекать из предвидящего и служить основой следующего.

*5. Понимания специалистами команды как общих целей, задач и назначения команды, так и своих индивидуальных функций.*

*6. Индивидуальная ответственность специалистов команды за результаты работы.* Междисциплинарный подход к ведению получателя социальных услуг подразумевает разделение обязанностей между представителями разных специальностей для оказания пациенту различных видов помощи.

*7. Эффективный обмен информацией по ведению получателя социальных услуг (случая).* Чтобы обеспечить согласованность работы членов мультидисциплинарной

команды, все специалисты должны обладать единой информацией о получателе и периодически получать информацию о динамике реализации поставленных целей индивидуального плана ухода получателя социальных услуг. Для эффективного обмена информацией необходимо вести подробную документацию, а также устраивать совещания (мультидисциплинарный консилиум) по разбору индивидуального плана ухода получателя социальных услуг. На совещаниях (консилиумах) члены мультидисциплинарной команды обсуждают цели, задачи и мероприятия по реализации индивидуального плана ухода, утверждают корректировку плана ухода, обсуждают динамику и принимают соответствующие решения. По каждому получателю ведутся соответствующие документы. Контроль над качеством ведением документации, а также обобщение и предоставление информации на консилиуме возлагается на ответственного специалиста (старшего социального координатора).

*8. Конфиденциальность информации о получателе социальных услуг.* Любая информация о получателе и его семье, которая становится известна специалистам в ходе работы, является конфиденциальной.

*9. Системная оценка качества и эффективности мультидисциплинарной помощи.* Все члены мультидисциплинарной команды должны принимать участие в оценке качества и эффективности оказываемой помощи на двух уровнях: на уровне работы с конкретным пациентом и на уровне организации в целом. Оценка качества и эффективности помощи на уровне работы с конкретным получателем проводится на основе документации по ведению получателя социальных услуг и при обсуждении на консилиумах достижения поставленных в работе с получателем целей и задач. Интегрированная информация по всем получателям социальных услуг, которые ведёт учреждение, служит для оценки эффективности её работы в целом. На обоих уровнях оценки важно учитывать мнение получателя о качестве оказываемой помощи, о соответствии помощи потребностям получателей. Результаты оценки обязательно должны использоваться для структурных и функциональных изменений с целью повышения качества и эффективности работы.

*10. Оптимизация распределения нагрузки между членами мультидисциплинарной команды.* Количество сотрудников, занятых ведением пациента, должно соответствовать объёму и сложности поставленных перед командой целей и задач, а также индивидуальными особенностями получателя. Нагрузка должна позволять специалисту уделять достаточное время индивидуальному консультированию получателя, уходные мероприятия, ведению документации, а также оценке эффективности проводимой работы. Специалисты совместно с руководителями должны следить за адекватностью рабочей нагрузки и совместно решать проблемы, возникающие в случае её превышения.



## 10.2. Организационные вопросы мультидисциплинарной команды

Для пациента открывается возможность получать различные виды социальных услуг как на время госпитализации в стационар (социально-бытовые, социального содействия, коммуникативные, социально-педагогической поддержки, социально-правовые, социально-консультативные, медицинские, клинические технологии индивидуальной социальной работы), так при и после выписки из медицинской организации (технологии социальной координации при выписки пациента) путем привлечения различных специалистов, работающих в данной организации, а также в других учреждениях, предоставляющих социальные услуги, на основе межведомственного взаимодействия.

Кооперация специалистов-представителей различных предметных областей (дисциплин) при оказании помощи пожилым пациентам с объединением в мультидисциплинарную команду, члены которой согласовывают свои действия, стремятся к обмену и интеграции имеющихся у них знаний и профессиональных навыков для совместной работы по социальному обслуживанию, позволяет оказывать помощь пациентам более эффективно.

Важной характеристикой высококвалифицированного специалиста становится гибкость и способность в нестандартных ситуациях конструктивно выходить за узкие рамки определенной дисциплины, вступать в междисциплинарное взаимодействие.

Регулярные обязательные рабочие встречи мультидисциплинарной команды (или консилиумы) для обсуждения вопросов по постановке целей и задач социальной помощи, общие для всех специалистов, входящих в мультидисциплинарную команду, и членов семьи, а также вопросов о ходе реализации и результатах социального сопровождения – настоятельная необходимость.

Ежедневное общение с пациентами обуславливает необходимость формирования у членов мультидисциплинарной команды навыков общения и анализа коммуникативного взаимодействия, выбора оптимальных техник общения.

### *Этапы установления контакта.*

**1 этап общения – подготовительный.** Социальный координатор знакомится с пациентом, устанавливается психологический контакт, складывается первое впечатление друг о друге, создаются предпосылки для последующего взаимодействия. На этом этапе социальному координатору необходимо представиться. Если пациент не готов к содержательной части диалога, то позднее повторить встречу.

**2 этап – ориентационный,** в ходе которого происходит определение и формирование мотивации на сотрудничество. Социальный координатор поясняет цель визита, уточняет, в

какой помощи нуждается пациент. Если пациент в данный момент отказывается от помощи, то социальному координатору нужно оставить информацию о себе. Возможно, при изменении обстоятельств (например, ухудшении самочувствия пациента, появлении у него страхов) помощь может потребоваться. В ряде случаев социальный координатор может встретиться с неадекватным поведением пациента. В этом случае следует сохранять спокойствие и доброжелательность, учитывая то, что подобные действия пациента спровоцированы его состоянием.

При установлении контакта необходимо применять навыки активного слушания. При возникновении напряженности приостановить обсуждение темы, переключить внимание пациента. После паузы при благоприятных обстоятельствах вернуться к обсуждению темы. В течение всей беседы сохранять спокойствие и проявлять терпение. Помните о том, что наличие у пациента негативного опыта общения с персоналом медицинской организации, может послужить барьером для установления полноценного контакта.

В чем может проявляться сопротивление пациента к оказанию профессиональной помощи? Готовность обсуждать только нейтральные темы, а не свои проблемы; отказ от помощи социального координатора в противовес стремлению к контакту с другими членами команды, преуменьшение значения имеющихся проблем; в случае нарушения психики – проявление вербальной (оскорбления, угрозы, ненормативная лексика) или даже физической агрессии, аутоагрессии (агрессии на себя).

Пациент может проявлять сопротивление в случаях, если

- он испытывает напряжение в отношениях с родственниками (опасается сближения социального координатора с родственниками, поэтому не доверяет; и/или родственники нервничают, когда пациент доверяет специалисту);

- не желает посвящать чужого в семейные проблемы;

- имеет негативный опыт взаимодействия с сотрудниками лечебного учреждения;

- считает помощь извне неприемлемой, склонен рассчитывать только на свои силы;

- социальный координатор ему не нравится;

- цели участников взаимодействия не совпадают.

Сопротивление пациента может увеличиться, если социальный координатор:

- проявляет нетерпение и демонстрирует враждебное поведение;

- бездействует в надежде на то, что сопротивление пройдет само по себе и/или игнорирует это явление;

- не озвучивает проблемы, возникшие у родственников (например, сын находится в командировке в другом городе и не может в данный момент посетить отца);

- стремится понравиться пациенту или вызвать симпатию у родственников;
- навязывает пациенту собственное понимание его проблемы и др.

Отношение социального координатора к сопротивлению пациента должно проявляться в следующем:

- в готовности оказать эмоциональную поддержку (доступность в общении);
- понимании того, что сопротивление пациента обусловлено объективными обстоятельствами;
- в согласовании с пациентом индивидуальной программы услуг (уточнение времени встречи и др.);
- желании помочь понять пациенту, что полезнее не сопротивляться, а искать новые возможности для улучшения своего положения;
- возможности использования помощи людей, мнение которых значимо для пациента. Если не удастся оптимизировать отношения с пациентом, то не испытывать чувство вины, а разобраться в причинах и следствиях сложившейся ситуации.

К числу *показателей успешности* функционирования мультидисциплинарной команды в рамках пациетоориентированного подхода можно отнести:

- восстановление нарушенных функций и стабилизацию состояния пациента;
- безопасность пациента;
- удовлетворенность пациента оказанными услугами;
- приобретение пациентом навыков самостоятельного решения проблем.

Перечень показателей успешной деятельности мультидисциплинарной команды носит примерный характер. Ученым и практикам еще предстоит исследовать и обосновать систему показателей и критериев эффективной работы с пациентами (например, клинические исходы, причины смертности, удовлетворенность пациентов оказанными услугами, изменение качества жизни и др.), а также функционирования системы здравоохранения (доступность и непрерывность медицинской помощи, ресурсы, затраты и эффективность, кадровое обеспечение).

Деятельность мультидисциплинарных команд в медицинских организациях способствует повышению своевременности и результативности оказания социально-медицинской помощи пациентам, укреплению доверия населения к работе специалистов. Вместе с тем следует учитывать, что могут возникать проблемы и конфликтные ситуации внутри самой команды. Причинами возникновения конфликтных ситуаций могут выступать как неоднозначная постановка задач, неравномерное распределение ответственности, невыполнение обязательств кем-то из членов команды, ограниченность

ресурсов, так и чрезмерное эмоциональное напряжение, отношения с коллегами, психологическая несовместимость, неконструктивная обратная связь.

### *10.2.1. Основные требования к профессионалу в мультидисциплинарной команде*

Работа в мультидисциплинарной команде выдвигает следующие требования к специалисту, участвующему в ее работе. Специалист мультидисциплинарной команды должен:

- иметь высшее образование по соответствующей специальности и обладать знаниями, навыками и опытом, необходимыми для осуществления социальной помощи одиноким пожилым пациентам;
- иметь способность к командной работе;
- использовать свои профессиональные умения в интересах одиноких пожилых пациентов;
- вовлекать членов семьи во все стадии социальной помощи в медицинских организациях, участие пациентов в решении их собственных проблем должно быть максимально активным с учетом жизненной ситуации и возможностей;
- обеспечить соблюдение права пациента и членов его семьи на неприкосновенность личной жизни, а также гарантировать соблюдение конфиденциальности, когда часть информации о пациенте и его семье предоставляется другим специалистам;
- осуществлять индивидуальную работу с пациентами на уровне, который позволяет оказывать им прямую помощь, а также координировать ее предоставление;
- быть вежливым в обращении с коллегами, демонстрировать уважение к ним, а также в интересах пациента стремиться к развитию внутрипрофессионального, внутриведомственного и межведомственного сотрудничества;
- нести индивидуальную ответственность за работу с пациентами;
- принимать участие в оценке качества предоставленной пациентам помощи, а также в оценке собственной деятельности.

Условиями успешного взаимодействия внутри мультидисциплинарной команды являются:

- атмосфера открытой и конструктивной коммуникации между членами мультидисциплинарной команды, все специалисты идут на открытый диалог и сотрудничество;
- постоянный обмен информацией, которая быстро и целенаправленно передается друг другу через специально созданные каналы информирования о процессе и результатах совместной деятельности;

- учет мнений всех членов мультидисциплинарной команды при принятии решений;
- четкая постановка целей и задач, на которые направлена работа с пациентами всех специалистов – участников мультидисциплинарной команды, единое понимание конечных целей, заинтересованность специалистов в их достижении;
- четкое распределение обязанностей, определение вклада каждого специалиста, разделение деятельности и ответственности между ними, работа в рамках сроков, установленных в плане социальной помощи, оперативная корректировка плана;
- знание и понимание каждым членом мультидисциплинарной команды функциональных обязанностей, полномочий, деятельности, заданий и ответственности друг друга;
- регулярные рабочие совещания мультидисциплинарной команды по обсуждению актуальных вопросов оказания помощи пациентам; совместное ведение членами мультидисциплинарной команды документации (социальный портрет пациента в Битрикс и др.), ответственность за ведение документации несет координатор;
- наличие пунктов в должностных инструкциях специалистов, включающих возможность участия в работе мультидисциплинарных команд;
- открытость, конструктивное сотрудничество со специалистами других ведомств;
- оптимизация распределения нагрузки между членами мультидисциплинарной команды.

Взаимодействие специалистов в мультидисциплинарной команде позволяет эффективно использовать ресурсы медицинского учреждения; исключает возможность дублирования в работе по ведению социального случая. Применение мультидисциплинарного взаимодействия позволяет оказать не только первичную помощь пациентам на время госпитализации в стационар, но и планировать и осуществлять действия в направлении их долгосрочной реабилитации и адаптации после выписки из медицинской организации. Для этого выбираются или вырабатываются оптимальные технологии помощи одиноким пожилым пациентам, которые дают наибольшую отдачу от использования возможностей каждого специалиста мультидисциплинарной команды.

При грамотно организованном взаимодействии специалистов, входящих в мультидисциплинарную команду, конечный результат совместной деятельности будет значительно превышать непосредственный результат деятельности каждого специалиста в отдельности.

#### *10.2.2. Подходы к повышению эффективности мультидисциплинарной команды*

Для повышения эффективности работы среди специалистов мультидисциплинарной команды имеется настоятельная необходимость в специальной профессиональной подготовке, помогающей специалистам и позволяющей:

- сформировать понимание характеристик командного взаимодействия, общих принципов и этапов взаимодействия команды в целом;
- сформировать понимание принципов, целей и задач мультидисциплинарной команды и применения междисциплинарного подхода в контексте социальной помощи пожилым пациентам;
- отработать навыки постановки всеми разделяемых целей мультидисциплинарной команды в контексте социальной помощи пожилым пациентам;
- сформировать общий профессиональный язык;
- сформировать общий банк инструментария в социальной работе с пожилыми пациентами;
- сформировать профессиональные доверительные отношения, преодолевать разногласия между членами команды, вырабатывать согласованную стратегию действий;
- сформировать умения и навыки работы с членами семьи как членом мультидисциплинарной команды на разных этапах социальной помощи пожилым пациентам;
- развить навыки принятия решений, управленческой культуры;
- сформировать навыки и компетенции координатора мультидисциплинарной команды.

В целях сохранения и поддержания жизнеспособности мультидисциплинарной команды необходимо соблюдать следующее:

1. Четкая постановка цели и задач, согласованность в их реализации, определение оптимальных способов достижения результатов.
2. Информирование всех членов команды о проблемах, возникающих в ходе профессиональной деятельности, совместное обсуждение, поиск и согласование подходов к их разрешению.
3. Учет индивидуальных потребностей членов команды: принадлежность и участие, взаимозависимость, свобода и ответственность.
4. Обеспечение поддержки работоспособности команды (улучшение взаимопонимания, взаимная поддержка, сотрудничество).

Оптимальное функционирование мультидисциплинарной команды зависит от множества *факторов*, к числу которых можно отнести:

- обучение современным научно обоснованным методам и технологиям оказания пациентам медицинской и социально-психологической помощи;
- развитие коммуникативной и психологической компетентности участников команды, обеспечивающей внедрение пациентоориентированного подхода;
- открытое и аргументированное распределение ролевой нагрузки и ответственности между членами команды;
- нормативно-методическое обеспечение деятельности мультидисциплинарной команды, функционирующей в рамках медицинской организации;
- создание условий, необходимых для реализации цели и задач, поставленных перед участниками команды (материально-техническое оснащение в условиях цифровизации и др.).

В рамках функционирования мультидисциплинарной команды социальные координаторы осуществляют взаимодействие с представителями *организаций–партнеров*: специалистами органов социальной защиты и социального обслуживания населения, социальных и медицинских организаций, сотрудниками правоохранительных органов и др.

Деятельность социального координатора с партнерскими организациями должна быть гибкой, носить поддерживающий характер и приводить к позитивным результатам в работе с пациентами. При этом социальным координаторам необходимо учитывать общность целей и задач, а также интересов других служб, согласовывать действия и заблаговременно планировать совместную деятельность, соблюдать границы конфиденциальности.

Совместная работа с организациями-партнерами требует более тщательной подготовки. Вместе с тем, посредством сотрудничества спектр возможностей службы координации расширяются:

- повышается доступность к ресурсам партнерских организаций (информации, идей и др.);
- совместными усилиями оперативно решаются возникшие административные и технические проблемы;
- сокращается дублирование функций персонала;
- взаимная поддержка и наличие обратной связи позволяют повысить результативность работы;
- совместная деятельность в большей мере позволяет удовлетворять потребности пациентов.

Для специалистов, входящих в мультидисциплинарные команды необходимо предоставить возможность проходить регулярную супервизию. Метод супервизии представляет собой регулярное и структурированное обсуждение сложных случаев оказания услуг пожилым пациентам, анализ эффективности применения конкретными специалистами методов и технологий работы и оценка достигнутых результатов. Супервизия может быть организована в индивидуальной или групповой формах, проводиться по плану или по запросу мультидисциплинарной команды. Супервизия может быть организована как в очной форме, так и дистанционно. Тщательно подготовленная и эффективно проведенная супервизия приведет к повышению качества и эффективности проводимого лечения, обучит членов команды эффективно справляться с проблемными ситуациями и случаями, будет способствовать достижению консенсуса и расширению сотрудничества между профессионалами, сплочению команды путем достижения единого понимания.

### **Общие выводы**

В современных условиях одной из ведущих тенденций отечественного здравоохранения является пациентоориентированность. Понимание того, что болезнь человека может быть вызвана рядом взаимообусловленных факторов (медицинских, экономических, социальных) диктует необходимость поиска новых моделей оказания социально-медицинской помощи населению. Создание и внедрение в деятельность медицинских организаций мультидисциплинарных команд предполагает оказание комплексной социально-медицинской помощи, в первую очередь, социально уязвимым категориям населения (людям старшего возраста, инвалидам, лицам БОМЖ и др.).

Состав и численность мультидисциплинарной команды может варьировать в зависимости от профиля медицинской организации, нозологии пациентов. Значительная роль в составе и работе команды отводится социальным координаторам, деятельность которых предполагает не только освобождение врачей и медицинских сестер от немедицинских функций, но и организацию комплексного социально-психологического сопровождения пациентов в условиях стационара. У каждого участника мультидисциплинарной команды есть свой функционал, при наличии некоторой автономности (например, есть действия, которые выполняет только врач), качество социально-медицинской помощи, предоставляемой пациенту, зависит от вклада каждого из них.

Для успешного функционирования и поддержания жизнеспособности команды важно не только создать ряд условий (наделение определенными полномочиями и установление границ ответственности, развитие сотрудничества внутри команды и с



представителями организаций-партнеров, обеспечение непрерывного обучения и профессионального развития членов команды и др.), но и соблюдать нормы, обеспечивающие сохранение и поддержание работоспособности команды, стимулировать сотрудников к поиску и внедрению инноваций.

### **Вопросы и задания**

1. Охарактеризуйте следующие аспекты деятельности мультидисциплинарной команды, действующей в медицинской организации: цель и задачи, основной функционал участников команды, условия и показатели результативности ее деятельности, особенности взаимодействия участников.
2. Назовите особенности работы социального координатора в составе мультидисциплинарной команды.
3. Общение с пациентом – одна из составляющих профессиональной деятельности социального координатора. В чем состоит специфика установления контакта с пациентом? Что делать, если пациент отказывается от общения?
4. Назовите факторы, способствующие эффективной деятельности мультидисциплинарной команды.
5. Опишите этапы создания эффективной рабочей команды. Приведите конкретные примеры.
6. Какие принципы лежат в основе работы мультидисциплинарной команды?
7. Перечислите функции специалистов-членов мультидисциплинарной команды.
8. Кто должен быть руководителем мультидисциплинарной команды?
9. Какие задачи супервизии?

## **Глава 11. Профессиональная этика и практическая деонтология социального координатора**

Основными категориями профессиональной этики являются профессиональные этические отношения, этическое сознание, этические действия и профессиональный долг.

Социальный координатор – это специалист, который работает с конкретным случаем, то есть с человеком в трудной жизненной ситуации, и несет ответственность за организацию целостного процесса оказания помощи, решает все немедицинские вопросы и помогает тем, кто нуждается в их поддержке.

### **11.1. Профессиональная этика и деонтология в помогающей практике специалистов**

Профессиональная этика важна в любой профессиональной деятельности, но особенно в системе «человек—человек».

*Профессиональная этика* — это совокупность устойчивых норм и правил, которыми должен руководствоваться работник в своей деятельности. Профессиональная этика социального координатора, как и специалиста социальной сферы, опирается на моральные нормы.

*Мораль* — это форма общественного сознания, определяющая границы социальных норм, а также социально-профессиональных стандартов поведения специалиста социальной сферы.

Профессиональная этика — это этика ответственности:

- перед гражданином — потребителем услуг на добровольной/принудительной основе;
- перед коллегами в решении трудной ситуации;
- перед клиентами;
- перед профессией, решающей глобальные задачи социального развития общества, социального благополучия, социальной устойчивости, социальной солидарности и т.д.

Ситуация в сфере профессиональной этики в социальной сфере в условиях реформирования отличается дуализмом: социальная деятельность направлена на решение социальных проблем общества, укрепление национальной безопасности государства, но в основе лежит социальный сервис — предоставление социальных услуг гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации. Данная ситуация порождает моральный конфликт, решение которого связано с тем, какая из двух сторон социальной деятельности окажется базовой ценностью — помощь в социальном функционировании личности (группы, общества) или социальные услуги.

#### *11.1.1. Причины и необходимость профессиональной этики и деонтологии в практической деятельности социального координатора*

Потребность в создании специфических систем морали — этических кодексов — для различных сфер профессиональной деятельности неодинакова. Особо остро она ощущается тогда, когда деятельность специалистов направлена непосредственно на человека, причем степень индивидуализации труда специалиста очень высока. В этом случае система морали имеет огромное значение, так как нравственность представителей социальных профессий, их отношение к выполнению профессионального долга во многом определяют качество их работы и конечный результат.

Определим основные нормы профессиональной этики:

1) регулирование отношений между специалистами по решению социальных проблем и клиентами социальных служб;

2) защита социальных прав клиентов и возможностей их реализации;

3) поддержка высокого качества профессиональной деятельности;

4) создание корпоративной культуры специалистов социальной сферы.

*Этика социальной работы* — относительно самостоятельный раздел этической науки. Она изучает особенности морально-нравственной стороны социальной работы, выясняет специфику реализации общих принципов общечеловеческой морали в социальной сфере, деятельности социальных служб и социальных координаторов, обосновывает особенности принципов этики социальной работы, раскрывает ее функции, определяет специфику содержания категорий этики социальной работы. Она также изучает характер нравственной стороны профессиональной деятельности работника социальной службы и нравственных отношений в социальной сфере.

Этика социальной работы, являясь неотъемлемой, но специфической частью философской науки о роли нравственных начал в социальной деятельности, имеет большое значение для практики социальной работы, так как способность социальных координаторов действовать в соответствии с этическими нормами существенно повышает качество услуг, предоставляемых клиентам.

Она разрабатывает основы этикета социальных координаторов, представляющего совокупность принципов и правил общения и поведения, нравственных норм и предписаний, регулирующих отношения между социальными координаторами и клиентами, между самими социальными координаторами, а также между социальными координаторами и служащими государственных и негосударственных управленческих структур.

Рассматривая вопросы этики в социальной сфере, нельзя обойти стороной понятие «деонтология».

*Деонтология* — раздел этики, рассматривающий проблемы долга и должного. Термин введен английским философом, социологом, юристом Иеремией Бентамом для обозначения теории нравственности в целом. Проблемы «долга и должного» касаются социального работника:

- во-первых, социальный работник нечего не должен клиенту;
- во-вторых, он должен помогать клиенту выйти из трудной ситуации;
- в-третьих, социальный работник не должен принимать на себя проблемы клиента, он решет их.

*11.1.2. Принципы и стандарты профессиональной этики социального координатора в контексте отечественных и зарубежных подходов*

Международная федерация социальных работников приняла Декларацию этических принципов социальной работы (1994 г.), которыми следует руководствоваться при решении профессионально-этических проблем, возникающих в процессе деятельности социального координатора.

В 2013 году Министерством труда и социальной защиты РФ был разработан и рекомендован к использованию «Кодекс этики и служебного поведения работников органов управления социальной защиты населения и учреждений социального обслуживания». Данный Кодекс представляет собой свод общих принципов профессиональной служебной этики и основных правил служебного поведения, которыми надлежит руководствоваться работникам в процессе трудовой деятельности.

*К основным принципам этики социальной работы* относятся следующие:

- каждый человек ценен своей индивидуальностью, которую следует учитывать и уважать;
- каждый человек имеет право на самореализацию и обязан вносить свой вклад в благосостояние общества;
- каждое общество независимо от его формы должно функционировать так, чтобы предоставлять максимум благ всем его членам;
- в своей деятельности социальный работник должен руководствоваться принципом социальной справедливости;
- социальные работники обязаны все свои знания и навыки направлять на оказание помощи отдельным людям, группам, общинам в их развитии, а также на разрешение конфликтов между личностью и обществом;
- социальный работник должен оказывать помощь каждому, кто нуждается в ней;
- социальный работник должен уважать основные человеческие права и действовать в соответствии с Декларацией прав человека ООН, другими международными конвенциями в этой области;
- социальный работник соблюдает принцип личной неприкосновенности, конфиденциальности и ответственного использования информации в своей деятельности;
- социальный работник тесно сотрудничает со своими клиентами на их благо, но не в ущерб остальным; клиенты поощряются к участию в совместной работе и должны предупреждаться о риске и выгодах предполагаемого курса действий;
- социальному работнику следует свести до минимума применение правового принуждения при решении вопросов клиента;

- социальная работа несовместима с прямой или косвенной поддержкой индивидов, властных структур, использующих терроризм, пытки и другие действия, направленные на угнетение людей;
- социальные работники принимают этически оправданные действия и придерживаются их в соответствии с Международными этическими стандартами социальных работников, принятыми их профессиональными организациями.

*Основные стандарты этического поведения* подразделяются на *четыре группы*, направленные на:

1. Регулирование этических отношений между социальными работниками и клиентами, реализацию определенной нормы поведения социального работника по отношению к клиентам.
2. Стандарты взаимоотношений социального работника с агентствами и организациями.
3. Стандарты поведения социального работника в отношениях с коллегами.
4. Стандарты по отношению к профессии.

На российской конференции членов межрегиональной Ассоциации работников социальных служб (22 мая 1994 г.) был принят профессионально-этический кодекс социального работника, в котором сформулированы *моральные принципы деятельности в сфере социального обслуживания*.

*Принцип моральной ответственности перед клиентом:*

- работники социальных служб должны относиться к клиентам с присущей их профессии гуманистической направленностью;
- интересы клиентов являются приоритетными для работников социальных служб;
- благополучие клиента должно рассматриваться в качестве основного фактора при принятии любого решения работником службы;
- работники социальных служб должны соблюдать конфиденциальный характер отношений с клиентами и заботиться о неразглашении полученной информации;
- работники социальных служб должны способствовать свободному, самостоятельному и осознанному решению клиентом своих проблем.

*Принцип моральной ответственности перед обществом:*

- деятельность работников социальных служб должна способствовать росту благосостояния всего общества;
- работники социальных служб должны откликаться на просьбу любого клиента вне зависимости от его образа жизни, происхождения, расовой, религиозной или политической принадлежности, пола или сексуальных ориентаций, возраста и состояния здоровья.

*Принцип моральной ответственности перед профессией и коллегами:*

- работники социальных служб обязаны накапливать и углублять свои знания и полноценно их использовать в профессиональной деятельности;
- работники социальных служб должны поддерживать и укреплять все то, что способствует осуществлению ими своего назначения;
- работник социальной службы должен стремиться к сотрудничеству со своими коллегами в интересах своих клиентов;
- отношения между работниками социальных служб должны строиться на взаимном уважении и доверии.

### **11.2. Проблемы этической регуляции в практике социального координатора**

Виды профессиональной деятельности по своей социальной значимости, по характеру социальных последствий неравнозначны, вследствие чего и деонтологическая регуляция в них может быть представлена большей или меньшей долей в этической регуляции вообще. Можно отметить, что, как и этическая регуляция вообще, деонтологическая регуляция поведения, отношений и действий специалиста в наибольшей степени необходима в видах профессиональной деятельности, обладающих определенными признаками:

— от результатов деятельности существенно зависят судьбы человека и общества, т.е. велика социальная значимость результатов деятельности;

— взаимодействие производителя и потребителя конечного результата деятельности (например, услуг) происходит непосредственно, т.е. деятельность осуществляется в системе «человек — человек»;

— специалист обладает значительной степенью автономности, и процесс его деятельности невозможно или крайне затруднительно проконтролировать с помощью формальных методов.

Этими признаками в первую очередь обладают виды профессиональной деятельности, связанные с поддержанием безопасных условий бытия и деятельности общества, обеспечением социального и индивидуального благополучия личности. К их числу относится социальная работа.

Практически каждая профессия, сформировавшая и кодифицировавшая собственную профессионально-этическую систему, изучает и формулирует одновременно с этим и содержание профессионального долга специалиста. Поэтому в целом ряде профессий известным и привычным для специалистов является словосочетание «профессиональная деонтология». Но чаще всего при этом изучение не затрагивает места и роли деонтологии в профессионально-этическом учении, проблем соотношения долга и

обязанностей, поскольку это скорее вопрос теории, а не практики профессиональной этики. Эта проблема — места и роли деонтологии в профессионально-этическом учении — все же должна быть решена в профессиональной этике, поскольку содержанием результата определяется допустимая степень самостоятельности специалиста, способы контроля его деятельности, взаимное доверие специалистов и их клиентов и т. п., неформальные возможности профессиональной деятельности и в конечном итоге — ее эффективность.

### *11.2.1. Деонтология в практической деятельности социального координатора*

Деонтология в каждом профессионально-этическом учении занимает центральное место, однако в зависимости от вида, содержания профессиональной деятельности и ее общественной значимости «доля» долженствования может быть различной. Очевидно, что чем большую социальную значимость имеют результаты профессиональной деятельности и чем больше влияние профессиональной деятельности на судьбу, благополучие общества и конкретных индивидов и их групп, тем большая часть поведения, отношений и деятельности специалиста может и должна регулироваться с помощью не общих этических, а деонтологических принципов. На объемы индивидуального профессионального долженствования оказывает влияние отношение специалиста к своей профессии: если профессия в целом нравится, то значительная часть профессиональных функций будет выполняться специалистом на этом основании с удовольствием, и самопринуждение будет применяться лишь в отношении незначительной части функций.

Вместе с тем вышесказанное не означает, что та часть деятельности или та деятельность, которые могут регулироваться на основе деонтологии, всегда противоречат интересам, склонностям личности специалиста. Они могут совпадать, и должное поведение может не только своими итогами, но и самим процессом доставлять личности удовольствие.

Социальная работа как вид профессиональной деятельности также не свободна от деонтологической регуляции. Подобно представителям других профессиональных групп, социальный координатор может чувствовать индивидуальную несклонность к выполнению ряда профессиональных функций, он может находиться в негативном физическом и психоэмоциональном статусе. Однако это не должно оказывать влияния на общие результаты его работы. В каком бы состоянии не находился социальный координатор, его клиент должен получить всю адекватную его ситуации помощь. Поэтому социальному координатору приходится порой принуждать себя к выполнению всех или некоторых профессиональных функций.

Вследствие этого деонтология социальной работы как учение о долге и должном поведении социальный координатор в области социальной работы является центром профессионально-этического учения, его «деонтологическим ядром». Деонтология как часть философской теории морали, профессиональная деонтология и деонтология профессиональной социальной работы соотносятся как общее, особенное и специфическое. Этим соотношением обусловлено то, что основные деонтологические принципы, функции деонтологии социальной работы представляют собой специализированную форму принципов и функций деонтологии профессиональной и деонтологии общей.

К сожалению, довольно распространенным среди специалистов разных профессий является мнение, что деонтология представляет собой одну из медицинских дисциплин («Медицинская этика и деонтология»). Неверно уже то, что в названии этой учебной и научной дисциплины деонтология представлена как нечто, существующее отдельно от этики. Неправильным также было бы: считать, что деонтология как учение о долге разрабатывается только в отношении медицинской практики и исследовательской деятельности. И, разумеется, неверно то, что долженствование присутствует только в медицине. Поэтому деонтология как учение о долге может и должна разрабатываться в рамках любого профессионально-этического учения, в том числе и в рамках профессионально-этического учения социальной работы.

Деонтология социальной работы изучает смысл и сущность долга и ответственности в социальной работе, основное содержание долга и ответственности социального координатора, влияние долга и ответственности на эффективность деятельности социального координатора, сущность и содержание деонтологических конфликтов, содержание и значение демонологического потенциала социальных служб и всей системы социальной работы, и другие вопросы.

Деонтология социальной работы включает в себя теоретико-методологический раздел, разъясняющий действие механизма формирования должного поведения и ответственности социального координатора и включающий в себя понятийно-категориальный аппарат, функции и принципы деонтологии, взаимосвязь долженствования и типа личности. Этот раздел не имеет существенных отличий от теоретико-методологического раздела общей деонтологии. Прикладной раздел деонтологии социальной работы раскрывает основное содержание долга и ответственности социального координатора.

В целом содержательно деонтология социальной работы включает в себя систему смыслов, понятий, норм, установлений и предписаний о долге социального



координатора, коллектива социальной службы и совокупной профессиональной группы перед обществом и государством, социальной работой как специфическим видом профессиональной социальной деятельности и особым социальным институтом, перед коллегами (профессиональной группой), клиентами и их окружением и перед самим собой. Однако деонтология как часть профессионально-этического учения не может быть сведена к системе предписаний и норм.

Деонтология социальной работы — это учение о долге и должном поведении специалистов и их объединений, и предписания составляют только лишь ее прикладную часть.

Социальная работа как вид профессиональной деятельности в этом отношении имеет определенное сходство с другими видами деятельности, особенно с теми, которые связаны с непосредственным взаимодействием с людьми. Далеко не все профессиональные обязанности социального координатора могут быть для него привлекательными.

Социальный координатор ситуативно может быть не склонен выполнять тот или иной вид работы, общаться с тем или иным клиентом или коллегой и т. п. Его склонностям может не соответствовать тот или иной вид действий из числа его повседневных обязанностей, и уже одно это порождает бесчисленные конфликты между «хочу» и «надо» — желанием уклониться от некоторых действий и объективной необходимостью их выполнить.

Вместе с тем имеется и определенная специфика. Социальный координатор имеет дело с личностью, неблагополучной во многих отношениях, и в силу этого способной вызывать не только положительные, но и отрицательные эмоции. Социальные координаторы в процессе профессиональной деятельности испытывают сочувствие, сострадание к своим клиентам, но также порой и отвращение, брезгливость и т. п.

Исследования показывают, что наиболее негативное отношение к себе вызывают следующие типы клиентов:

- клиенты, сами ставшие виновниками собственной трудной жизненной ситуации и при этом спровоцировавшие развитие трудных жизненных ситуаций членов своего окружения;
- клиенты, пренебрегающие нормами этики и этикета, культуры поведения и общения;
- клиенты, не способные или не желающие контролировать свои эмоции;
- клиенты, сознательно избравшие для себя асоциальный образ жизни и навязывающие его другим;

— клиенты, склонные обвинять в своих несчастьях кого угодно (в том числе и социального работника), только не себя;

— клиенты с явными паразитарными установками;

— клиенты, стремящиеся удовлетворить свои интересы любой ценой, в том числе за счет других людей и некоторые другие.

Такие клиенты, как правило, субъективно ощущают себя жертвами людей и обстоятельств, а общество и свое окружение рассматривают как врагов или, по крайней мере, предельно равнодушных к себе и своим бедам людей. Интересы общества для них не имеют никакого значения, в то время как их собственные интересы для них всегда приоритетны. Агрессией в отношении социального координатора они пытаются, как правило, компенсировать свою социальную несостоятельность.

Несмотря на это, социальный координатор должен со вниманием отнестись к каждому клиенту и в рамках действующего законодательства каждому оказать ту помощь, в которой тот объективно нуждается. Негативные эмоции, испытываемые в отношении клиентов и их поступков не должны влиять на качество и эффективность деятельности. Это значит, что регулирование поведения и деятельности личности в профессиональной сфере должно быть более жестким и масштабным, нежели в сфере обыденной, и поэтому деонтология в профессиональной этике приобретает большее значение, чем общей этике.

В этике социальной работы деонтология, как и в профессиональной этике, и этике философской, также занимает центральное место. Именно в деонтологии социальной работы наиболее ярко отражена сопряженность моральных и профессиональных компонентов в поведении и действиях социального координатора, социальная значимость профессии.

Очевидно, что ни клиент, ни профессия, ни коллеги, ни общество не должны зависеть от разного рода особенностей личности социального координатора, его склонностей, состояния, настроения. Независимо от этих и подобных причин взаимодействие с каждым клиентом должно организовываться качественно и профессионально, быть максимально эффективным. Значит, в определенных ситуациях ему необходимо принуждать себя к деятельности или конкретным действиям, обращаясь к деонтологической регуляции.

Должная (деонтологическая или деонтическая) регуляция в социальной работе может иметь место не всегда, а лишь тогда, когда социальный координатор находится в состоянии выбора между различными вариантами поведения, действий, отношений, поступков. Например, эмоции, склонности, интересы личности могут сделать более

привлекательным ненормативное поведение, сулящее большее удовольствие или меньшие индивидуально-эмоциональные переживания или, по крайней мере, некоторую эмоциональную разрядку, в то время как интересы дела настоятельно требуют, чтобы социальный координатор подчинился им во что бы то ни стало. В этом отношении долг представляет собой механизм, включающий моральное сознание социального координатора непосредственно в процесс выбора поступков и обуславливающий принятие такого решения, которое является оптимальным с точки зрения достижения социально и индивидуально значимых результатов социальной работы и не оставляет места негативной не нормативности.

Должное поведение в профессиональной деятельности в первую очередь призвано обеспечить достижение социально значимого и значительного результата и только во вторую — способствовать достижению социальным координатором чувства удовлетворенности своей деятельностью, собой, в целом своей жизнью.

### *11.2.2. Деятельность социального координатора на основе деонтологического подхода*

Идентификация социальным координатором себя как активного субъекта деятельности, от которого зависит благополучие клиента и общества, приводит к возникновению субъективного чувства решающей зависимости конечного результата деятельности от его индивидуальной активности, что потенцирует творческий подход к деятельности, побуждает его изыскивать дополнительные средства, создавать оптимальные условия для достижения намеченной цели.

Понимание того, что благополучие клиента и общества зависит от результатов его профессиональной деятельности, побуждает социального координатора к самосовершенствованию, использованию собственного творческого потенциала для повышения эффективности и качества деятельности.

Необходимость выполнения долга побуждает социального координатора критически оценивать самого себя, свои способности и возможности с точки зрения соответствия профессиональным требованиям, приобретать, расширять и совершенствовать профессионально значимые знания, умения, навыки, личностные качества. Осознание того, что конечный результат деятельности объективно зависит от его активности, компетентности, креативности, усиливает должную мотивацию поведения социального координатора.

Обязанности социального координатора в его повседневной профессиональной практике носят субъективно-объективный характер. Они существуют независимо от

того, признает их он или нет, поскольку вытекают из самого факта включенности социального координатора в профессиональную группу и профессиональную деятельность. Они не меняются из-за того, что в силу разных причин происходит замена одного специалиста другим, что представляет собой объективную компоненту обязанностей специалиста. Субъективная компонента обязанностей социального координатора определяется тем, что они выполняются в рамках профессионального долга, который индивидуален для каждого специалиста. Специалист признает наличие этих обязанностей, идентифицирует их как объективно существующие, глубоко понимает их и добровольно возлагает их на себя, привнося в профессиональную деятельность частицу своего «Я». В конечном итоге значительная часть социальной работы выполняется специалистом уже не как часть содержания профессионального долга, а как часть личного долга специалиста перед клиентом и обществом.

Содержание профессионального долга, таким образом, складывается из требований, предъявляемых обществом и профессией к деятельности и поведению социальных координаторов, выполняющих от имени общества определенные функции и занятых в данной профессиональной сфере, и требований, которые сам специалист предъявляет к себе.

Иными словами, значительную часть содержания долга социального координатора можно представить, как выполнение его обязательств не только перед обществом, государством, профессией, коллегами и клиентами, но и перед самим собой. Это содержание профессионального долга может быть документировано в большей или меньшей степени, но оно существует объективно.

В своей деятельности социальный координатор руководствуется нравственными императивами, которые требуют тщательно и квалифицированно обосновывать принимаемые им профессиональные решения и действия. Эти решения и последующие действия должны быть такими, чтобы стало возможным их распространение на профессиональную практику в целом, т.е. творческими, легитимными и эффективными. Одновременно этические императивы требуют рассматривать человека как цель деятельности, а не как средство достижения специалистом своих собственных целей.

Максимы социального координатора представляют собой принципы профессиональной этики, осмысленные в процессе профессиональной деятельности, подкрепленные опытом повседневной деятельности специалиста и включенные в структуру морального сознания. Как правило, максимы представляют собой принципы профессиональной этики, интериоризированные им в связи с признанием их не только

профессионально, но и личностно значимыми и включенные на этом основании в индивидуальную систему морали.

Должное поведение специалиста, т.е. поведение, реализуемое в соответствии с деонтологическими принципами и содержанием профессионального долга, содействует повышению эффективности деятельности, обуславливая необходимость вовлечения всех необходимых для получения оптимального конечного результата ресурсов, в том числе неформальных и личностных. Должное поведение формируется на основе осознания специалистом своего профессионального долга.

Должная мотивация поступков, поведения, отношений и деятельности социального координатора предполагает мобилизацию его усилий для решения профессиональных задач на основе чувства долга и совести. Необходимость выполнения своего долга перед обществом и государством, коллегами, клиентами и перед самим собой как мотив профессиональной деятельности в сочетании с высоким профессионализмом становится достаточным условием эффективной деятельности.

Дисциплина социальных координаторов является необходимым условием нормального функционирования и развития профессии, так как благодаря ей поведение специалистов принимает упорядоченный характер. Дисциплина специалистов, и в особенности их самодисциплина, являются одним из факторов, обеспечивающих высокую эффективность работы и удовлетворение интересов общества в конечном результате деятельности.

Осознание социальным координатором своего профессионального долга детерминирует его поведение в повседневной профессиональной практике и, в силу своей специфики, способствует повышению эффективности и качества деятельности. Ценность профессионального долга и должного поведения, отношений и действий вытекает из функций, которые в социальной работе выполняет *деонтологическая регуляция*. Она гарантирует:

— *высокий профессионально-квалификационный уровень* как один из основных факторов высокого качества работы, ее конечного результата и удовлетворения потребности общества в конечном результате социальной работы;

— *четкое знание своих профессиональных обязанностей, добросовестное и неукоснительное их выполнение*, поскольку дисциплина является одним из основных условий успешной деятельности;

— *профессиональную деятельность строго в рамках нормативно-правовой базы*, обуславливающей легитимность социальной работы как вида профессиональной

деятельности, так как знание и соблюдение законов и иных нормативных актов гарантирует соблюдение интересов общества;

— *формирование глубокой убежденности специалиста в необходимости выполнения своих профессиональных обязанностей*, поскольку этого требуют интересы общества, коллектива учреждения социальной сферы и клиента;

— *сознательное и активное участие в профессиональной деятельности с целью достижения блага общества, трудового коллектива и клиента*;

— *высокую организованность и сознательную дисциплину, формирование привычки к должному поведению*;

— *превращение чувства долга в ведущий мотиватор деятельности*, обеспечивающий преимущественно должное поведение;

— *формирование волевых качеств* социального координатора, необходимых для выполнения своего профессионального долга;

— *стремление постоянно совершенствоваться в профессии*, осваивать новые знания, приобретать опыт практической деятельности, что в конечном итоге становится залогом успешной профессиональной деятельности специалиста.

Таким образом, убежденность в необходимости выполнения своего долга, о содержании долга и должного поведения, осознание своей ответственности, сформированные социальным координатором, могут существенным образом повлиять на эффективность и качество социальной работы, на удовлетворение потребностей клиента и общества в результатах социальной работы, а на этом основании — на благополучие общества в целом.

Руководствуясь в своем поведении и деятельности профессиональным и моральным долгом, социальный координатор учитывает и формальные, и неформальные профессиональные требования, установленные для него обществом и профессиональной группой, и вырабатывает на этой основе суждение о содержании своего морального долга или формирует представление о нем на основе изучения соответствующих изданий. Он предвидит реакцию со стороны общества, профессиональной группы и клиента на выполнение или невыполнение им своего долга и отчасти ориентируется на нее.

Вместе с тем выполняя свой долг, он поступает:

— *свободно*, поскольку принятая обществом система морально-нравственных нормативов не является догматической; она меняется в соответствии с изменением условий жизнедеятельности людей. Из всего многообразия норм, которые функционируют в обществе — от групповых до общественных, социальный

координатор может выбирать те, которые в большей степени отвечают его внутренним устремлениям и профессиональным знаниям о добре и благе, сформированным на основе знания профессионально-этической системы социальной работы;

— *осознанно*, так как решение совершить тот или иной поступок принято им самостоятельно или в результате консультаций с коллегами и клиентом. Это решение принято в силу обоснованной, ситуативно обусловленной необходимости, путем выбора из значительного количества вариантов возможных решений, ведущих к объективно позитивному результату деятельности и осмысления, анализа и оценки каждого из них;

— *добровольно*, поскольку чувство долга стало его убеждением и приоритетным, и преимущественным мотиватором профессиональной деятельности, и именно это обстоятельство побуждает его к активным действиям вне зависимости от наличия или отсутствия субъектного внешнего принуждения.

При этом сознательное начало, регулирующее поведение, требования к профессиональным и личностным качествам социального координатора, и привычка к должному поведению не противоречат друг другу — напротив, они дополняют друг друга.

Взаимодополнение сознательного и подсознательного в должном поведении социального координатора оправданно, поскольку, наряду с простыми, часто повторяющимися ситуациями, которые в основном не требуют глубоких размышлений и вполне могут быть реализованы с помощью профессиональных стереотипов и деонтологических моделей, в социальной работе встречаются нестандартные ситуации, требующие умения осуществлять этико-аксиологический анализ и знания основ профессиональной деонтологии.

Таким образом, специалист, достигший высокого уровня профессиональной и личностной зрелости, поступает должным образом как сознательно (в нестандартных ситуациях), так и привычно, используя деонтологическую модель (в наиболее простых, стандартных ситуациях).

### **Общие выводы**

Основными категориями профессиональной этики являются профессиональные этические отношения, этическое сознание, этические действия и профессиональный долг.

Социальный координатор – это специалист, который работает с конкретным случаем, то есть с человеком в трудной жизненной ситуации, и несет ответственность за организацию целостного процесса оказания помощи, решает все немедицинские вопросы и помогает тем, кто нуждается в их поддержке.

Практически каждая профессия изучает и формулирует содержание профессионального долга специалиста. Поэтому в целом ряде профессий известным и привычным для специалистов является словосочетание «профессиональная деонтология».

Деонтология социальной работы изучает смысл и сущность долга и ответственности в социальной работе, основное содержание долга и ответственности социального координатора, влияние долга и ответственности на эффективность деятельности социального координатора, сущность и содержание деонтологических конфликтов, содержание и значение демонологического потенциала социальных служб и всей системы социальной работы, и другие вопросы.

В целом содержательно деонтология социальной работы включает в себя систему смыслов, понятий, норм, установлений и предписаний о долге социального координатора, коллектива социальной службы и совокупной профессиональной группы перед обществом и государством, социальной работой как специфическим видом профессиональной социальной деятельности и особым социальным институтом, перед коллегами (профессиональной группой), клиентами и их окружением и перед самим собой.

В этике социальной работы деонтология, как и в профессиональной этике, и этике философской, также занимает центральное место. Именно в деонтологии социальной работы наиболее ярко отражена сопряженность моральных и профессиональных компонентов в поведении и действиях социального координатора, социальная значимость профессии.

Содержание профессионального долга складывается из требований, предъявляемых обществом и профессией к деятельности и поведению социальных координаторов, выполняющих от имени общества определенные функции и занятых в данной профессиональной сфере, и требований, которые сам специалист предъявляет к себе.

Иными словами, значительную часть содержания долга социального координатора можно представить, как выполнение его обязательств не только перед обществом, государством, профессией, коллегами и клиентами, но и перед самим собой. Это содержание профессионального долга может быть документировано в большей или меньшей степени, но оно существует объективно.

Дисциплина социальных координаторов и в особенности их самодисциплина, являются одним из факторов, обеспечивающих высокую эффективность работы и удовлетворение интересов общества в конечном результате деятельности.

Таким образом, убежденность в необходимости выполнения своего долга, о содержании долга и должного поведения, осознание своей ответственности, сформированные социальным координатором, могут существенным образом повлиять на



эффективность и качество социальной работы, на удовлетворение потребностей клиента и общества в результатах социальной работы, а на этом основании — на благополучие общества в целом.

### **Вопросы.**

1. Дайте определение понятиям «Мораль», «Профессиональная этика», «Этика социальной работы».
2. Перечислите основные нормы профессиональной этики.
3. Перечислите основные принципы этики социальной работы.
4. Охарактеризуйте основные стандарты этического поведения.
5. Что гарантирует деонтологическая регуляция.

### **Задания.**

#### Задача 1

Больной М, 54 года находится на лечении в хирургическом стационаре, по поводу опухоли в легком. Медицинская сестра, выполнявшая назначения врача, во время очередной манипуляции, сказала пациенту, что его состояние безнадежно и лечение не принесет никаких результатов, возможно у него разовьется рак легкого. В результате больной М., попытался совершить попытку самоубийства, его родственники написали жалобу в органы здравоохранения и подали иск о компенсации причиненного морального вреда.

*Правильный ответ:* \_\_\_\_\_

Ответ №1. Общение с пациентом предполагает передачу только той информации, которая способствует его скорейшему выздоровлению, мобилизации его ресурсов. Медицинская сестра не имела права передавать всю ту информацию, которой владеют специалисты. Поведение медсестры можно квалифицировать как психологическую ятрогению. Поэтому лучше сказать меньше, чем сказать лишнее. Если у пациента возникают вопросы по поводу болезни и ее прогноза, было бы правильнее сказать: «Я с удовольствием бы обсудила с вами эту тему, я понимаю, что вам важно знать все это, но, к сожалению, я не владею информацией в полном объеме, поэтому рекомендую вам поговорить об этом с вашим доктором».

Ответ №2. При общении с пациентом медсестра имеет право сообщить ему о его диагнозе, проинформировать об исходах заболевания и эффективности проводимого лечения.

Ответ №3. Медсестра не имеет права рассказывать пациенту о его диагнозе. Но может информировать о диагнозе, лечении и прогнозе его родственников и знакомых.

## Задача 2

Карточка пациента находится в филиале медицинской организации. Пациенту необходимо ее взять, чтобы пойти на прием к врачу, принимающему в другом филиале этого медицинского учреждения. В регистратуре ему в грубой форме отказали, заявив, что это не его дело и никто никакие карточки пациентам давать не должен.

**Правильный ответ:** \_\_\_\_\_

Ответ №1. Внимательно выслушав просьбу пациента, медицинский регистратор должен был успокоить его и вежливо сказать, что он готов помочь в решении этой ситуации. Фразы «Это не ваше дело», «Карточки пациентам не должны давать» неприемлемы. Регистратор обязан выдать карту, регистрируя сей факт в журнале.

Ответ №2. Медицинский регистратор должен молча игнорировать реплики пациента, не вступать с ним в переговоры и конфликты.

Ответ №3. Медицинский регистратор должен сказать, что это его не касается, а свои проблемы пациент может решить через заведующего поликлиникой.

## Задача 3

Медицинская сестра после приема попросила пациентку подождать в коридоре, пока она ей выпишет рецепт и направления на обследования. Ожидание составило более 40

минут. Пациентка начала возмущаться. На что медицинская сестра сказала: «Таких, как вы, у меня куча, не нравится - не ждите». Пациентке стало плохо, повысилось артериальное давление - возник гипертонический криз.

**Правильный ответ:** \_\_\_\_\_

Ответ №1. Назначение препаратов, обсуждение правил их приема, побочных эффектов, длительности терапии и направление на дополнительные обследования составляют важную часть приема врача. На это должно уходить не менее одной трети от общего времени приема. Это повысит уровень доверия и комплаентность пациентов. Слова медицинской сестры являются грубым нарушением деонтологических норм, обесценивают переживания больного. Переживания каждого больного уникальны для него, поэтому их нельзя сравнивать с другими. Если такая ситуация возникла (ожидание более 40 минут), то медицинский персонал должен принести извинения, подчеркнув в своих словах признание ценности этого человека.

Ответ №2. Пациенту нужно было рекомендовать прийти на следующий день, чтобы забрать рецепт и направления.

Ответ №3. Медсестра должна была молча отдать рецепты и направления и не вступать в конфликт с пациентом. Если пациент недоволен, то отправить его к заведующей поликлиникой.

#### Задача 4

Пациент из-за непредвиденных обстоятельств на работе опоздал на прием к врачу. Медицинская сестра вызвала в кабинет строго по записи и попросила подождать, когда появится «окно». Пациент прождал более часа в очереди. Мужчина стал возмущаться. На что медицинская сестра сказала, что он сам виноват и не надо было опаздывать. Мужчина возмутился и стал скандалить.

**Правильный ответ:** \_\_\_\_\_

Ответ №1. Медицинская сестра, регулируя поток пациентов строго по записи, предлагая больному подождать, когда появится «окно», не учла того, что ожидание может быть длительным и это будет неудобно больному. Более разумной можно предложить следующую стратегию: «Мне очень жаль, что мы не имеем возможности принять вас сейчас, вы можете подождать, но скорее всего придется ждать долго. Мы можем обсудить с вами другое, более удобное для вас время следующего визита, чтобы у врача было достаточно времени качественно оказать вам помощь».

Ответ №2. Необходимо было пропустить мужчину вне очереди.

Ответ №3. Мужчину необходимо было отправить к другому врачу, у которого меньше очередь или предложить ему сходить в частную коммерческую медицинскую организацию, где ему качественно и быстро окажут медицинскую помощь без очередей.

#### Задача 5

У женщины температура 39,7, позвонила вызвать бригаду скорой медицинской помощи. На её просьбу приехать, ей посоветовали пить таблетки. Женщина сказала, что является инвалидом 2 группы эпилептиком и у неё постепенно ухудшается состояние, на что диспетчер нагрубил женщине, попросил не беспокоить их по пустякам и положил трубку. На повторный звонок никто не ответил.

**Правильный ответ:** \_\_\_\_\_

Ответ №1. Диспетчер скорой медицинской помощи должен действовать согласно протоколу. Бросать трубку и не отвечать на звонки- является грубым нарушением профессиональных обязанностей.

Ответ №2. Нужно рекомендовать женщине вызвать участкового терапевта.

Ответ №3. Диспетчер прав, так как показаний к госпитализации у пациентки нет и вызов скорой помощи будет необоснованным.

### **Раздел 3. Технологические модели и интервенции социальных координаторов в организациях здравоохранения**

#### **Глава 12. Технологии и интервенции в общей модели социальной координации**

Технологии и интервенции социальных координаторов реализуются в общем контексте направлений социально-медицинской работы. В современном познании существуют два подхода к классификации помощи человеку в учреждениях здравоохранения: медико-социальный и социально-медицинский подход.

Становление социальной работы в здравоохранении было связано с необходимостью дополнять процесс лечения пациента социальными программами. Это потребность впервые осмысливается в странах глобального Севера.

Так пионер медико-социальной работы Ида Кэннон, еще в 20-х годах считала, что «медицинский социальный работник стремится устранить те препятствия, либо в окружении пациента, либо в его психическом отношении, которые мешают успешному лечению, тем самым освобождая пациента для помощи в его выздоровлении как целостной личности». По сути в начале XX века происходит постепенное понимание того, что необходимо подходить не отдельно к болезни человека, а к его целостному социальному функционированию, где болезнь лишь один из факторов, который изменяет его жизненные стратегии.

Данный подход будет существенно менять практику мировой медицинской помощи и сегодня осмысление факторов здоровья в контексте социальных проблем является нормативным требованием к оказанию комплексной помощи пациенту.

В этой связи характерны подходы отечественного специалиста в области медико-социальной работы профессора *А.В. Мартыненко*, считающего, что работа с лицами высокого риска заболевания (сердечно-сосудистых, онкологических, вызываемых зависимостью от психоактивных веществ и т.д.) в рамках односторонних профессиональных мероприятий, медицинских или социальных, малоэффективны. «Необходима комплексная помощь», с его точки зрения, включающая в себя «профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую, зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, в том числе выплату пособия по временной нетрудоспособности».

В этом контексте мировой и отечественной практики технологии социальной координации становятся неотъемлемой частью интегративного подхода к помощи человеку, имеющие проблемы со здоровьем.

Социальная координация как технология клинической социальной работы реализуется в отечественной и мировой практике в условиях госпитальной социально-медицинской работы. Однако, концепция и подходы все время изменяются, в соответствии с запросами клиентов, и эта деятельность теоретически и технологически уже не ограничена только практикой работы профессионалов в медицинских организациях.

Рассматривая общую модель социальной координации в рамках клинической модели социальной работы в данной главе, мы рассмотрим общие подходы к работе с

пациентами без осложненных факторов работы, которые мы рассмотрим в следующей главе.

Общие подходы социальных координаторов согласуются как основными целями и задачами клинической социальной работы, так и общей практикой госпитальной социально-медицинской работы.



Рис. 12.1. Общая модель социальной координации в контексте повседневных технологий

Говоря об общих целях и задачах госпитальной социально-медицинской работы необходимо отметить следующие основные цели и задачи социальной координации:

- помощь пациентам, имеющим различные заболевания, травмы, инвалидность, в преодолении психосоциальных кризисов, воздействующих на их психоэмоциональное состояние, в организации планирования их жизнедеятельности в настоящий момент и на ближайшую перспективу,
- содействие адаптации в преодолении трудной жизненной ситуации осложненной болезнью и социальными условиями, помощь в реинтеграции и адаптации к новым жизненным условиям, вызванных болезнью, травмами инвалидностью,
- участие в работе междисциплинарных команд, реализующих программы лечение и реабилитации, в медицинских организациях,

- организация социальной помощи и поддержки пациенту, предоставление необходимых ресурсов, содействие в выписке, переводе в другие учреждения, содействие в организации ухода.

Рассматривая логику технологического процесса социальной координации в контексте госпитализации пациента в медицинской организации необходимо отметить следующие фазы:

- помощь в адаптации к больничным условиям, решение социально-бытовых, коммуникационных проблем и иных проблем, исходя из потребностей пациента, оформившихся в процессе госпитализации,
- диагностика социальных, экономических, психосоциальных проблем, осложняющих процесс лечения пациента,
- индивидуальная психосоциальная поддержка пациента на основе его запроса в контексте проблем заболевания, травмы, инвалидизации,
- оказание социальных услуг на основе действующего законодательства как в процессе госпитализации так, и в постгоспитальный период,
- помощь в осуществлении связи с родственниками, попечителями и другими лицами, и организациями осуществляющие уход и патронаж за пациентом, в целях успешного лечения и дальнейшей его интеграции в сообщество,
- помощь в выписке и интеграции пациента по месту жительства и учреждения соцзащиты на основе принципов «теплой передачи», «бесшовной помощи», ориентированной на потребности пациента.

## **12.1. Начальная фаза работы с пациентом на этапе госпитализации**

### *2.1.1. Основные подходы к коммуникациям с пожилыми пациентами*

Процесс коммуникаций социального координатора начинается с первой встречи, когда специалист встречается с ним непосредственно в палате. Как мы уже писали выше проблема выстраивания коммуникаций заключается в том, что оно протекает в «полевых условиях», когда нет особого подготовленного помещения для проведения диагностической беседы.

В этой связи социальный координатор должен знать те риски, которые могут возникнуть на фазе первичного контакта с пациентом. К таким рискам можно отнести как средовые факторы, условия местонахождения пациента, так и особенности выстраивания коммуникаций пациентом в новых, непривычных для него условий, с особенностями его

социального функционирования и болезни. В этом контексте проявляется особенность реализации технологии социального координатора в системе среда-личность.

К таким общим условиям, влияющим на процесс коммуникаций можно отнести:

- средовые факторы (физическая и социальная среда),
- индивидуальные факторы пациента.

Средовые факторы, осложняющие процесс коммуникаций

К таким факторам относят особенности помещения, в котором происходит процесс взаимодействия между специалистом и пациентом, что должно учитываться при взаимодействии с пациентом.

К наиболее распространенным проблемам, с которыми сталкиваются специалисты являются:

- плохое освещение, яркое или недостаточное освещение,
- температура воздуха в помещении, (либо низкая, либо высокая),
- влажность/ сухость в помещении,
- обстановка с большой сенсорной стимуляцией,
- пространство, в котором большое количество людей, ведущих беседы,
- пространство с интенсивным движением людей.

Проблемы могут возникнуть между самими коммуникантами, как со стороны социального координатора, так и пожилого пациента.

Такими барьерами со стороны социального координатора могут быть социокультурные и языковые факторы, поскольку, необходимо отметить, социальный координатор и пожилой пациент относятся к людям разных поколений.

*К социокультурным факторам можно отнести:*

- личностное пространство,
- тональность голоса,
- темп речи,
- манера одеваться,
- запахи индивидуальные, парфюмерные,
- жесты, кивки.

*Языковыми факторами являются:*

- лексика, сложная и терминологически перегруженная,
- выражения, сленговые обороты.

*Индивидуальны коммуникаций пожилого пациента, затрудняющие процесс коммуникаций*



Индивидуальные факторы, затрудняющие процесс коммуникаций с пациентами связаны с возрастными особенностями пожилых людей. С возрастом снижаются физиологические возможности человека, ослабевают сенсорные функции, восприятие, память все это может влиять на процесс коммуникаций.



Рис. 12.2. Коммуникативные риски социального координатора

**Слух.** Потеря слуха или его ослабления в той или иной степени представляет большую проблему для пожилых клиентов, поэтому социальный координатор должен следить за темпом своей речи, говорить и задавать вопросы медленно, четко и громко.

Испытывающие проблемы со слухом пожилые люди имеют проблемы с восприятием высоких частот. А так как в большинстве своем социальные координаторы женщины, то, они должны рассматривать возможность говорить в более низкой и более глубокой тональности при общении с ними.

На ухудшение слуха могут влиять и затвердевшие серные пробки, которые могут задевать барабанные перепонки и вызывать шум в ушах, шумы могут мешать восприятию информации со стороны собеседника.

**Зрение.** Как показывают отечественные исследования ослабленное зрение имеют 9,2 % от всех россиян старше трудоспособного возраста. Изменение зрения приводит к снижению способности видеть удаленные объекты, объекты, которые находятся слишком близко, различать определенные цвета, у многих нарушено периферическое зрение. Достаточно высок процент заболевания катарактой. Ухудшение зрения осложняет выстраивание необходимой дистанции для коммуникации пожилому человеку.

*Здоровье полости рта.* Потеря зубов, ослабление протезов, имплантов могут ухудшать качество речи, затруднять процесс речи. Все эти факторы могут отвлекать от процесса общения, фокусируя внимание пожилого человека не на коммуникациях, а на артикуляцию, в этом случае наблюдается потеря смыслов сообщения, затрудняется процесс общения.

Важной гериатрической проблемой в пожилом возрасте является полипрагмазия – постоянный прием большого количества медикаментов, что нередко проявляется побочными эффектами, оказывает влияние на разные органы и системы, в том числе и на психическое состояние пожилого человека. Поэтому, у людей пожилого и старческого возраста важна оптимизация лекарственных назначений и необходим строгий контроль за приемом лекарственных препаратов.

В связи с тем, что здоровье пожилого ослаблено, а как правило пожилые люди имеют множественные заболевания, они употребляют большое количество лекарств, имеющих побочные эффекты. Среди распространенных побочных эффектов при употреблении лекарств – это уменьшение слюноотделения в полости рта, что вызывает «сухость во рту», что в свою очередь затрудняет артикуляцию, затрудняет процесс общения.

#### *Особенности активного слушания пожилого пациента*

Активное слушание — это самостоятельный процесс, который состоит различных составляющих элементов. Получается, что в процесс общения состоит из «ряда более мелких процессов», каждый из которых имеет свои элементы.

Ученые в области психологии коммуникаций активное слушание как процесс делят на такие элементы как сосредоточение, понимание, запоминание, оценка и реагирование.

Каждый из этих элементов активного слушания «выдвигает свои требования» к собеседнику, требует от него соблюдения определенных правил коммуникативного поведения. Не соблюдение этих правил приводит к тому, что в процессе общения профессионалы могут выступать в роли либо «хорошего слушателя», либо «плохого слушателя».

«Хороший слушатель» на активной фазе проявляет «безраздельное внимание» и «беспредельную заботу». В помогающих профессиях состояние данных отношений определяется как «рабочий альянс». Активное слушание в этой связи становится терапевтическим инструментом, помогающим социальному координатору «снимать психологическое волнение и напряжение». Не случайно, что после беседы в режиме «активного слушания», пациента становится значительно легче. В этом секрет и залог психолого-терапевтические основания заботы, особенно когда мы говорим о пожилом человеке.

«Плохой слушатель» не создает терапевтические условия, и в этой связи происходит обратный эффект, пренебрежение, которое несет в себе травматическое действие.

Рудольф Вердербер на основе позитивных и негативных действий в процессе активного слушания определил ролевые характеристики «хорошего» и «плохого» слушателя на всех фазах активного слушания (таблица 12.1.)

**Таблица 12.1.**

**Подходы к активному слушанию Р. Вердербера**

Элементы активного слушания	Хорошие слушатели	Плохие слушатели
Сосредоточение	<p>Внимательны к важной информации</p> <p>Подготавливаются физически и психологически</p> <p>Слушают объективно, вне зависимости от эмоциональной значимости</p> <p>Слушают по-разному, в зависимости от значимости ситуации</p>	<p>Могут не слушать, что им говорят</p> <p>Сидят развалившись, смотрят в окно и позволяют себе мысленно отвлекаться</p> <p>Заметно реагируют на эмоциональную речь</p> <p>Слушают одинаково, вне зависимости от типа информации</p>
Понимание	<p>Приписывают сказанному правильное значение</p> <p>Обращают внимание, каковы цель, ключевые пункты и подтверждающая информация</p> <p>Задают продуманные вопросы, предвосхищая информацию</p> <p>Применяют парафраз, чтобы проверить свое понимание информации</p> <p>Ищут скрытое значение в невербальных сигналах</p>	<p>Слышат сказанное, но: или неспособны понять, или понимают неправильно.</p> <p>Не уделяют внимания способу организации информации</p> <p>Не способны предвосхищать информацию</p> <p>Редко осмысливают полученную информацию или не делают этого никогда</p> <p>Игнорируют невербальные сигналы</p>
Запоминание	<p>Сохраняют информацию</p> <p>Повторяют ключевую информацию</p> <p>Мысленно создают мнемонические приемы запоминания для списка слов или идей</p> <p>Делают заметки</p>	<p>Интерпретируют информацию точно, но забывают ее</p> <p>Считают, что запомнят и так</p> <p>Редко выделяют какую-либо информацию как особенно важную</p> <p>Полагаются только на память</p>
Оценка	<p>Слушают критически</p> <p>Разделяют факты и умозаключения</p> <p>Анализируют умозаключения</p>	<p>Слушают и понимают, но неспособны взвесить и оценить услышанное</p> <p>Не видят разницы между фактами и умозаключениями</p>

		Принимают информацию как она есть
Эмпатическая реакция	Говорят слова утешения и поддержки Дают альтернативную интерпретацию	Глухи к радости или горю; меняют тему разговора  Глухи к горю; меняют тему разговора

Представленная таблица раскрывает и другие особенности активного слушания. Этот процесс, который постоянно находится в динамике, он не «застывший» и изменения происходят как на уровне вербальной коммуникации, когда в результате диалога образуется некая «повествовательная конструкция» содержания беседы, а также информация все время поступает на уровне невербальной коммуникации.

Жесты, зрительный контакт, кивки, позы тела, сопровождающие процесс общения, в ситуации активного слушания могут быть для профессионала источником дополнительной информации о собеседнике, но при использовании этого «арсенал» самим профессионалом, он может стать инструментом активного поддержания разговора.

Процесс активного слушания в контексте гендерных особенностей пожилого человека

Гендерные особенности активного слушания необходимо учитывать при работе с пожилыми людьми. Этот факт необходимо учитывать, поскольку социальные координаторы больше работают с пожилыми женщинами, чем мужчинами.

Эксперт в области коммуникаций Элисон Дойл, считает, что мужчины и женщины используют разные стили общения и в процессе слушания между ними существуют определенные различия.

Различия существуют на уровне целеполагания. Женщины больше склонны выслушивать другого человека, чтобы понять его эмоции, чувства, в процессе общения больше ищут общность интересов. Мужчины более рациональны, они активнее воспринимают звуковую информацию, в которой отражены способы нахождения решения проблем, меры, позволяющие их преодолеть. В одном случае «слух настроен на эмоциональный контекст», в другом на «рациональный», стратегии преодоления.

Женщины и мужчины имеют различные требования к предоставлению информации со стороны другого человека. Женщины предпочитают выслушивать подробную информацию, проверенную и всесторонне оцененную. Мужчины предпочитают выслушивать короткие, лаконичные, «выверенные» сообщения.

В процессе общения женщины и мужчины по-разному фиксируют процесс осознанности слушания в коммуникациях. Для женщины является важным в процессе общения на сколько хорошо услышано ее сообщение. Мужчины как правило уверены, что

они ясно передают свое сообщение, и им не понятно, почему их либо не слышат, либо не так понимают их информацию.

Процесс диалога разрывается как женщинами, так и мужчинами, тем не менее разрыв разговора имеет свои гендерные особенности. В процессе слушания женщины обычно меньше прерывают говорящего, но прерывая подают сигналы о согласии и поддержки. Тогда как мужчины слушая собеседника прерывая его в большинстве случаев для того, чтобы переключить тему разговора.

У мужчин и женщин наблюдается разное невербальное поведение в процессе слушания собеседника. Женщины более внимательные, и они обычно поддерживают зрительный контакт с собеседником что способствует развитию беседы, тогда как мужчины используют взгляды в процессе слушания для контроля реакций, прерывания или переключения тем разговора.

### *Методика первоначальных коммуникативных действий*

После представления пациенту, и уточнении его фамилии имени отчества, перед опросом необходимо выполнить ряд настроечных действий.

Постарайтесь выглядеть расслабленным и заинтересованным. Избегайте отвлекающих движений. Необходимо принять позу слушающего человека:

- Сядьте на уровне глаз собеседника.
- Наклонитесь вперед по отношению к пожилому человеку.

Установите зрительный контакт, поддерживая зрительный контакт, держите свое лицо в поле зрения собеседника, особенно рот, во время разговора.

- Говорите четко и медленно. Методом проб и ошибок вы найдете правильный темп. Возможно, вам придется повысить голос, но не переходите на крик.
- В процессе общения используйте низкие тона голоса, говорите медленно, пожилые люди в этом случае лучше слышат и принимают информацию
- Используйте нормальный взрослый язык-тон, лексику, грамматику и т. д. Избегайте чрезмерного упрощения (и искажения) языка, отбрасывая слова из предложений или используя «детскую» понятную лексику, это может раздражать слушателя, поскольку Вы говорите с ним не на равных.
- Повторите свой вопрос, но перефразируйте, если пожилой человек не понимает с первого раза (используйте другие слова или составьте более короткое предложение).
- Избегайте незнакомого сленга или использования слов вне контекста.

**Помните!** Избегайте говорить из-за спины пожилого пациента.

Демонстрируйте доброжелательность. Помните, что хмурый и сосредоточенный вид передает человеку негативные чувства.

Будьте внимательны к важной информации. Распознав, что данная информация является важной для пожилого человека, можно показать собеседнику, что Вы ее приняли к сведению, для этого необходимо чуть податься вперед, кивнуть, при этом необходимо прямо смотреть на говорящего.

### *Невербальные средства коммуникации, способствующие взаимодействию с пожилым пациентом*

*Улыбка.* Может быть использована, когда слушатель обращает внимание на то, что говорится. Может выступать как способ согласия, передачи состояния от события или встречи. В сочетании с кивками, улыбка может быть средством подтверждения сообщения, его понимания.

*Зрительный контакт.* Обычно зрительный контакт поощряет говорящего к передаче сообщения. Однако для застенчивых людей, он может быть пугающим. В процессе взаимодействия слушателю необходимо убедиться насколько зрительный контакт уместен для говорящего. Зрительный контакт совместно с улыбками, невербальными сообщениями может быть «мощным» инструментом поддержки пожилого человека.

*Поза.* Многие говорят о слушающем и говорящем. Внимательный слушатель, сидя, имеет тенденцию слегка наклоняться по отношению к слушателю вперед или в бок. Другим характерным признаком является легкий наклон головы, опора головы на одну руку.

*Отражение.* Автоматическое отражение, зеркальное отображение любых выражений лица, используемого говорящим, является одним из признаков активного слушания. Рефлективное выражение передает слушателю проявление сочувствия и сопереживания, особенно в эмоционально-напряженных ситуациях. Вместе с тем возможен обратный эффект от отражения, когда слушатель сознательно, а не автоматически отражает выражение лица, такое имитирование может быть воспринято слушателем как признак невнимательности.

### *Поддержание коммуникативного процесса социальным координатором*

На этапе первичного контакта, диагностического скрининга особенно важно постоянно находиться в терапевтической ситуации «здесь и сейчас», которая создается благодаря определенным техникам основными среди них является понимание, эмпатическое реагирование, уточнение информации.

### *Понимание*

В процессе общения социальный координатор должен постоянно понимать, что он объективно и точно воспринимает информацию со стороны пожилого человека. Этому способствуют определенные техники, которые используют в процессе коммуникаций.

Однако процесс понимания происходит не только в контексте эмоционального фона, необходимо поддерживать эмпатические отношения с клиентом. Вот это сочетание-объективное, рациональное понимание ситуации с одной стороны, и поддержание эмоционального фона беседы во время диалога, - с другой, является особенностью данного элемента активного слушания.

*Эмпатическое реагирование.* Во время активного слушания социальный работник должен реагировать на эмоциональные реакции пожилого человека. При этом он должен быть сосредоточен на передаваемой информации. «Отстраивание» не происходит и в тех случаях, когда, пожилой человек отступая от основной темы разговора, переходит к критике, жалобе или «неожиданной печали». Эмоциональная подвижность – это нормальное состояние пожилого человека. Применяя принцип «чуткого, отзывчивого слушания», профессионал не прерывает собеседника, а продолжает слушать что говорят.

*Уточнение информации.* В процессе общения постоянно необходимо убеждаться, что Вы адекватно понимаете говорящего, и передаваемое сообщение не искажается. Непонимание может вызвать негативную реакцию у пожилых людей и привести к срыву в общении.

В процессе слушания социальный координатор должен задавать вопросы, чтобы получать как дополнительную информацию, так и уточнять полученные сведения. При этом профессионал должен помнить, что пожилым людям необходимо больше времени для того чтобы дать ответ, интервал молчания, пауза, может быть более продолжительной по времени. Важно в этой связи не торопить говорящего.

Основными техниками, уточняющими полученную информацию, являются техники отражения, уточнения, техники открытых вопросов, парафраз.

*Отражение.* Разговор должен быть все время сосредоточенным на другом человеке, необходимо отражать его мысли и чувства. Сосредоточьтесь на его чувствах и заботах.

*Уточнение.* Уточнение позволяет выяснить то, что действительно человек имеет в виду, когда говорит. Это дает прояснение той информации, которую он сообщает.

*Задавание вопросов.* Во время беседы необходимо задавать открытые вопросы, которые требуют больше ответа, чем только «да» или «нет». Открытые вопросы являются мощным инструментом для углубления разговора и раскрытия скрытых суждений.



**Парафраз.** Перефразирование – это когда слушатель повторяет своими словами, что сказал говорящий. Как считают специалисты, парафраз необходимо использовать чтобы уточнять правильность понятой информации, а также он создает, как показывают последние исследования, чувство близости и интимности в разговоре, формирует доверие к слушателю.

**Общие подходы к коммуникациям с пожилыми людьми**

Коммуницирование начинается с представления. При этом необходимо помнить, что в каждой стране есть свои культурные нормы, у нас принято к пожилому человеку обращаться по имени и отчеству. Хотя необходимо уточнить, какая форма обращения наиболее предпочтительная для него.



Рис. 12.3. Общие подходы к коммуникациям к пожилому человеку

Совершенно не приемлемы уменьшительно- ласкательными формы обращения к пациенту типа: «бабулечка», «дедулечка», «дорогая», «дорогой», которые обычно звучат покровительственно.

Эффективные коммуникации с пожилыми людьми предполагает, что Вы способны до пожилых донести свое сообщение, при этом важны навыки четкой артикуляции, говорения.

Говорить с пожилыми людьми необходимо четко и внятно, при этом использовать простые слова и выражения, избегая научной лексики и терминологии.

В процессе коммуникаций необходимо предоставлять полную информацию, о себе, о тех видах социальных услуг, которые он может получить, в случаях необходимости.



В процессе общения необходимо использовать выражения, жесты, язык тела, которые усиливают Ваше сообщение. При этом возможно использование юмора, но только в тех случаях, когда это уместно и необходимо.

В том случае, если у вас быстрый темп речи, то необходимо его замедлить, это даст время слушателю осознать и лучше понять, то что Вы говорите. Избегайте торопить пожилых людей с ответами, дайте время им как на обдумывание, так и ответ на ваш вопрос. Помните, что спешка в коммуникативном процессе, может сформировать у них убеждение, что их не слышат и не понимают.

Как показывают исследования, что специалисты помогающих профессий прерывают своих пожилых клиентов в течение первых 18 секунд, после первоначального собеседования. Прерывание говорящего может «свернуть» процесс общения, либо усложнит коммуникации, так как пожилому человеку необходимо будет больше времени для вступления в беседу, чтобы вновь сформулировать свои просьбы, проблемы, вспомнить тему разговора.

В процессе общения осторожно используйте «современную лексику», она может для пожилых иметь совершенно другое значение, нести в себе различную коннотацию. Конечно же нет возможности предусмотреть и предвидеть все возможные языковые различия, но осознание того, что различие возможно, будет своеобразным контролирующим фактором общения с пожилыми людьми.

### *2.1.2. Основные скрининговые модели оценки пациента: отечественный и зарубежный опыт.*

Процесс оценки в геронтологической социальной работы имеет свои особенности. В данном случае мы будем описывать подход, когда ситуация пациента не осложнена функциональными и когнитивными дисфункциями, а связана с проблемами социального функционирования в социуме.

**СКРИНИНГ ДИАГНОСТИКА**



Общий вид

место

Медицинское оборудование

Имидж

Вопросы	Да	Нет	Комментарии
Проживание пожилого человека свидетельствует о его изоляции?			
Существуют у пожилого человека проблемы со здоровьем?			
Есть ли признаки деменции у пожилого человека?			
Существуют ли недостаток услуг, связанных с уходом?			
Является ли личная гигиена пожилого человек достаточной?			
Есть ли у пожилого человека трудности с финансами, что не позволяет ему иметь необходимое количество продуктов, воды на его прикроватной тумбочки?			
Есть ли у пожилого человека проблемы с употреблением наркотиков или алкоголя?			
Есть ли признаки дисфункциональных отношений с семьей?			
Охотно или неохотно пожилой человек говорит о своих близких родственниках, опекунах?			
Является ли пожилой человек психологически или физически зависимым от своих родственников, опекунов?			
Не показалось ли Вам, что пожилой человек беспокоиться о своей безопасности?			
Есть ли у пожилого человека признаки жестокого обращения?			
Говорил ли что-нибудь пожилой человек о том, что заставляет Вас подозревать о возможных злоупотреблениях во отношении него?			

Рис.12.4. Общие скрининговые подходы к клиентам

#### *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 раскрываются в следующей логике и последовательности.

**Принцип первый. Понимание потребностей.** Понимание потребностей – ведущий принцип, который определяет стратегии взаимодействия социального работника и клиента. Потребности определяют характер взаимодействия и стратегии помощи, которые 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).

В геронтологической социальной работы оценка проблем складывается из информации о личностных и социальных дефицитах и дисфункциях. В геронтологической социальной работы в сфере оценки входят также и такие проблемы как инвалидизация, снижение двигательных и когнитивных функций, депрессивное состояние.

Эти проблемы могут быть как фоном, так и лежать в основании тех проблемных областей, которые могут быть характерными для данных групп клиентов, к ним относят как переживания, одиночество, снижение социальной активности и отношений, а также социальных ролей, статусов.

**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 пациент может взаимодействовать со следующими системами, которые определяют контекст его проблемы:

- микросистема: семья, родственники, друзья и т.д.;
- мезосистема: взаимодействие двух микросистем;
- экосистема: сообщество – внешняя среда;
- макросистема социокультурный контекст.

Данный принцип отражает необходимость подхода к процессу исследования предоставления социальных услуг клиента, учитывая основные социальные сети, влияющие на его жизнедеятельность.

В формулировка данной категоризации оценки определяются в рамках геронтологической социальной работы основные интервенции, к которым можно отнести защиту, уход, поддержку, различные виды терапии, консультирования, а также реабилитационные технологии.

**Третий принцип. Опора на сильные стороны.** Диагностика должна выявлять ресурсы клиента и его ближнего окружения, позволяющие решать проблемы без привлечения ресурсов, или с ограниченным привлечением ресурсов социальных служб. Как считают исследователи, диагностика должна активизировать клиента, а не способствовать его зависимости от социального координатора и учреждения, в этом, как мы рассматривали выше, определяются подходы к проактивности.

**Четвертый принцип. Личностно-ориентированный подход в оценке.** С одной стороны, пациент 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 координаторы 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 оценки применительно к конкретному случаю.

Психосоциальный подход к оценке ситуации пациента в геронтологической социальной работы является наиболее распространенным в решении его проблем. Американский исследователь *М. Беннетт* определил наиболее важные доминанты пациентов, которые необходимо учитывать, как при оказании социальных услуг, так и реализации долговременного ухода:

- собственность- иметь возможность распоряжения и владения чем-либо,
- семью- возможность общения, взаимодействия, коммуницирования, оказания ухода,
- свободу- передвижение, осуществление выбора, в том числе быть одному,
- независимость – самостоятельность в решениях, поступках,
- право на самостоятельный выбор – от пищевых и материальных предпочтений до временных и пространственных передвижений,
- управление финансами,
- проявление активности в микросоциальной среде.

### *Скрининговые методы исследования в российской практике оценке социальных координаторов*

Отечественные подходы использования скрининговых методик оценки состояния пациента направлены не только на уровень его социального функционирования, возможность или невозможность самостоятельно осуществлять различные виды деятельности в повседневной жизни, о чем мы будем говорить ниже, а также оценка направлена на выявление факторов насилия над пожилыми людьми.

### *Основные факторы риска насилия над пожилыми людьми*

Определения факторов риска, которые могли бы привести к насилию над пожилыми людьми достаточно сложно, так как необходимо выявить достаточно большой круг обстоятельств, факторов и причин, которые могли бы спровоцировать агрессивное

поведение со стороны либо близкого окружения, либо профессионального окружения пожилого человека.

Исследованию подлежат как индивидуальные обстоятельства развития человека, так и обстоятельства жизнедеятельности пожилого человека, в которых оказался не только он, но и человек, который проявляет жестокое обращение. Таким основными факторами, которые потенциально могут быть факторами риска являются:

- *социальная изоляция* - основной ключевой фактор риска жестокого обращения с пожилыми людьми, поскольку пожилые люди, испытывающие жестокое обращение, часто не имеют социальной связи с соседями, семьей и / или сообществом, что может провоцировать жестокое обращение по отношению к ним,
- *уязвимость* - связана с ухудшением здоровья, снижением когнитивной активности, деменцией, ограничением физических возможностей, все это может являться основанием для использования пожилых людей в своих интересах,
- *прогрессирующее ухудшение физического и когнитивного* состояния пожилого человека, достаточно часто становятся причинами физического и вербального насилия,
- *семейные дисфункциональных отношений*, может являться основанием для бытового и семейного насилия над пожилыми людьми,
- *злоупотребление* психоактивными веществами и азартными играми членов семьи пожилого человека,
- *финансовые трудности* в семье,
- *личностные и/или поведенческие изменения*, вызванные болезнью и/или другими прогрессивно ухудшающимися состояниями пожилого человека,
- *относительная беспомощность* из-за снижения способности эффективно отстаивать свои интересы или изменять свое окружение,
- *пожилые женщины*, которые в течение многих лет сталкивались с бытовым насилием.

*Скрининговая методика вопросов выявления рисков жестокого обращения с пожилыми людьми*

При первичном взаимодействии с пожилым пациентом в процессе обсуждения с ним о необходимости предоставления социальных услуг, социальный координатор должен ответить на ряд вопросов, которые давали бы первичные представления о имеющемся возможном насилии над ним. Этот скрининг позволяет не только реализовать защитную функцию социального координатора, но и дает возможность спрогнозировать риски

выписки пациента из медицинской организации, те осложнения, которые возможны в постгоспитальный период.

*Скрининг- диагностика в процессе рекогносцировки и опроса (наблюдение в ситуации «здесь и сейчас»)*

В процессе взаимодействия социального координатора и пациента при первичном контакте с клиентом социальный координатор оценивает, как самого пациента, так и организацию его личностного средовое пространства. В этом контексте обращают внимание на следующее:

*Место:*

- организация предметов на поверхности тумбочки: наличие воды, фруктов, книг, газет, телефона (кнопочный/сенсорный), планшета, часов, наушников, посуды для индивидуального пользования, салфеток, цветов;
- предметов культа (иконы, религиозные книги),
- организация предметов на поверхности тумбочки,
- наличие на тумбочке «больничных завтраков, обедов, ужинов»,
- отсутствие предметов на поверхности тумбочки,
- другое.

*Медицинское оборудование*

- капельница,
- мочеприемник,
- калоприемник,
- технические средства реабилитации (трость, бадик, костыли, ходунки),
- другое.

*Внешний вид пациента (общая характеристика)*

- общий имидж пожилого человека:
- соотношение внешнего вида с возрастом пациента,
- ухоженность (прическа, лицо, ухоженность рук, и т.д.)
- личная гигиена,
- гигиена полости рта,
- одежда (халат, ночная рубашка, спортивный костюм, пижама, «больничный халат», отсутствие одежды, другое)

- обувь: тапочки, кроссовки (фирма), шлепанцы, кроксы и т.д.

### *Общий вид (специальная характеристика)*

- неподходящая одежда (не соответствующая сезону),
- отсутствие необходимых индивидуальных оптических, слуховых приборов, имплантов (например, очков, слуховых аппаратов, зубных протезов);
- общее физическое состояние: обезвоживание, недоедание, необработанные раны, плохая личная гигиена,
- контрактуры (мышцы, которые слишком жесткие, чтобы легко двигаться);
- проявление необычного поведения, которое обычно приписывается людям с когнитивными дисфункциями (например, сосание, кусание, раскачивание и т.д.);
- проявление крайней замкнутости, необщительности;
- наличие гематом на теле разного цвета.

### *2.1.3. Основные модели интервенций и технологий социальных услуг при неосложненной госпитализации пациента*

На данной фазе социальным координатором могут реализовываться определенные виды интервенции, которые связаны с потребностями пациента. Такими основными потребностями, как показывает отечественная и зарубежная практика являются: физиологические потребности и информационные потребности.

Для их удовлетворения социальный координатор осуществляет определенные действия, среди которых основными являются реализация *социально-бытовых и коммуникативно-информационных услуг*.

#### *Социально-бытовые интервенции/ услуги*

Оказание данных услуг социальными координаторами, позволяющие удовлетворять базовые потребности пациентам, имеют свою специфику в организациях здравоохранения, в это связи необходимо говорить об общих и специальных подходах в их реализации и организации, что определено законодательными актами и стандартами оказания услуг.

#### *Нормативно- правовые основания предоставления социально-бытовых услуг пациентам*

Реализация социально-бытовых услуг социальными координаторами осуществляется на основе действующего федерального и регионального законодательства, национальными стандартами социального обслуживания, среди них основными являются:

- Федеральный закон "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" от 28.12.2013 N 442-ФЗ (ред. от 28.04.2023),



- Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52143-2013 "Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг" (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 17 октября 2013 г. N 1180-ст) Social services of the population. Main types of social services. Дата введения - 1 января 2015 г. (Взамен ГОСТ Р 52143-2003).
- Закон города Москвы от 24.12.2014 года № 66 «О внесении изменений в Закон города Москвы от 9 июля 2008 года № 34 «О социальном обслуживании населения города Москвы» и иными подзаконными актами.

### *Общие подходы к базовым потребностям пациента*

В социальном познании категория потребностей вызывает не мало споров, как на уровне отдельных теорий, так и в подходах в различных областях познания. В клинической практике социальной работы потребности пациентов/ клиентов осмысляются в дискурсах психологического и социологического познания.

В социальной работе при всем многообразии в *психологическом познании концепций потребностей*, наиболее распространенной является концепция иерархии потребностей А. Маслоу. Исследователь выдвинул предположение, что человеческие потребности имеют иерархическую структуру от более простых к более сложным, и они усложняются по мере их удовлетворения субъектом. Построение потребностей от простых, низших, к более сложным, высшим получило свое определение как «пирамида потребностей».

«Пирамида потребностей» А. Маслоу- это синтез идей бихевиоризма и психоанализа, которые систематизированы в логике гуманистического подхода. Исходя из иерархии потребностей, автор считал, что базовые - это низший уровень потребностей человека, они определены генетически и являются «фундаментом» его психосоматики, поскольку дают «энергию» для функционирования всего организма.

В этих подходах находят отражение базовые концепты психодинамического подхода З. Фрейда, считавшего, что биологические инстинктивные потребности личности, низшие, определялись бессознательными процессами, реализуемыми ИД, являвшимся своеобразным проводником между соматическими и психическими процессами в организме.

Биологические, инстинктивные, потребности *А. Маслоу* в теории мотивации обозначил как «базовые», ограничив их, в отличие от концептов *З. Фрейда*, кругом «жизненных необходимостей» человека: пищи, воды, воздуха, сна.

*А. Маслоу* установил их основные функциональные свойства, которые заключались в том, что эти потребности человека требуют постоянного удовлетворения, непрерывного



восстановления, поскольку они являлись основой жизнедеятельности человека. Психолог классифицировал данные потребности человека как «дефицитарные потребности», постоянно восполняемые.

В социальной работе эти подходы помогают осмыслять возникновение трудных жизненных ситуаций клиента с позиций индивидуального подхода, где неудовлетворенные базовые потребности осложняют социальное функционирование человека.

*Социологические подходы* к потребностям осмысляются не как некие универсалии, а как приобретенные «функциональные предпосылки», сформированные в процессе эволюции и социализации человека. Например, социологи франкфуртской школы считали, что «потребности», «конструируются» в капиталистическом обществе и являются средством манипуляции человека в интересах правящих элит.

При всей спорности аргументов представителей разных областей познания, в ситуации госпитализации, удовлетворение таких потребностей пациента, как потребности в пище, воде, тепле, получении информации являются жизненно важными и необходимыми для успешного лечения и выписки его из медицинской организации.

*Специальные подходы к базовым потребностям с позиций социальной координации*

Для социальных координаторов в медицинских организациях одной из задач является предоставление продуктов первой необходимости. Однако, их предоставление коррелируется диагнозом пациента, который вносит существенные изменения в реализацию данных задач.

Так, например, пожилые пациенты, имеющие заболевание почек, находящиеся на диализе, искусственном выведении продуктов жизнедеятельности и избыточной жидкости из организма, имеют строгие диетические ограничения по принятию соли, острой пищи, потреблению жидкости. Конечно же качество жизни такого человека значительно снижено, но его индивидуальные потребности, в контексте заболевания не могут быть удовлетворены, поскольку это связано с его здоровьем и жизнью.

Особенности физического функционирования пациента определяют содержание и организацию оказания социально-бытовых услуг в условиях медицинских организаций, в отличие от их предоставления по месту жительства пациента.

В этой связи при удовлетворении базовых потребностей пациента применяют общий подход, который не зависит от его индивидуальных потребностей, нозологии заболевания, и он ограничивается покупками товаров и продуктов первой необходимости.

К товарам первой необходимости относят, товары, позволяющие поддерживать индивидуальную гигиену пациента: это мыло, зубная щетка, зубная паста, туалетная бумага, влажные салфетки и т.д.

К продуктам первой необходимости относят воду, объемом не более 1,5 литра.

Все остальные товары и продукты первой необходимости, при удовлетворении базовых потребностей пациента, социальный координатор согласует с лечащим врачом.

### *Реализация социально-бытовых интервенций*

Реализация социально-бытовых интервенций осуществляется непосредственно социальным координатором на основе запроса пациента. Этот формат деятельности может осуществляться при наличии специальных магазинов на территории больницы, либо за пределами медицинской организации в сети розничной торговли.

В этой связи социальный координатор планирует выполнение услуги с учетом территориальных возможностей и ограничений, а также необходимости выполнения других интервенций, которые должны быть реализованы им согласно плана рабочего дневного цикла.

В таблице 12.2. дан алгоритм действия пошаговой работы социального координатора по выполнению данной интервенции.

**Таблица 12.3.**

### **Покупка товаров первой необходимости.**

<p>Функция выполняется социальным координатором:</p> <p>покупка товаров первой необходимости, в том числе с использованием курьерской службы, за средства пациента.</p> <p>К товарам первой необходимости относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. мыло;</li> <li>2. зубная щетка;</li> <li>3. зубная паста;</li> <li>4. туалетная бумага;</li> <li>5. влажные салфетки;</li> <li>6. бутилированная вода, соки, морсы, объемом до 1,5 л;</li> </ol>	<p>Выполняется социальным координатором в случае согласия пациента на оказание функции:</p> <p>- если покупка на территории больницы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. войти в палату;</li> <li>2. представиться: назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;</li> <li>3. объяснить цель визита;</li> <li>4. обговорить с пациентом перечень товаров первой необходимости;</li> <li>5. убедиться в наличии финансовых средств у пациента;</li> <li>6. осуществить покупку товаров первой необходимости в здании больницы;</li> <li>7. принести товар пациенту;</li> <li>8. произвести финансовый расчет с пациентом,</li> </ol>	<p>Время предоставления функции: функция, оказываемая на территории больницы – 20 минут. При онлайн – заказе – 20 минут без учета времени, затраченного на курьерскую доставку.</p> <p>Функция считается выполненной после доставки товаров первой необходимости пациенту.</p> <p>Объем функции определяется непосредственным заказом пациента.</p> <p>Функция оказывается по необходимости до</p>	<p>Результат -</p> <p>покупка товаров произведена в соответствии с согласованным списком.</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;</li> <li>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</li> </ol>
---	---	--	--

<p>7. продукты питания, исключительно по согласованию с лечащим врачом.</p> <p>Непосредственная покупка осуществляется социальным координатором в случае, если в здании больницы имеются торговые точки, осуществляющие продажу товаров первой необходимости.</p> <p>В случае отсутствия в здании больницы торговых точек, покупка осуществляется в иных торговых точках <b>только с помощью</b> курьерских служб.</p>	<p>составить акт о взаиморасчете за купленный товар;</p> <p>9. подписать акт у пациента;</p> <p>10. пожелать пациенту скорейшего выздоровления попрощаться;</p> <p>11. попрощаться: с пациентами в палате;</p> <p>12. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ;</p> <p><b>- в случае отсутствия торговых точек в здании больницы:</b></p> <p>1. войти в палату;</p> <p>2. представиться: назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;</p> <p>3. объяснить цель визита;</p> <p>4. обсудить с пациентом наименование сайта, предпочтительного для осуществления онлайн заказа,</p> <p>5. осуществить онлайн заказ, а также удостовериться, что пациент оплатил заказ;</p> <p>6. осуществить прием заказа от курьерской службы;</p> <p>7. принести товар пациенту;</p> <p>8. подписать акт у пациента;</p> <p>9. пожелать пациенту скорейшего выздоровления попрощаться;</p> <p>10. попрощаться: с пациентами в палате;</p> <p>11. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</p>	<p>завершения пребывания в стационаре.</p>	
--	---	--	--

По такой же схеме реализуется технология покупки лекарств для пациента. Однако покупка лекарственных препаратов, осуществляется только на основе согласования с лечащим врачом, в том числе с использованием курьерской службы.

Ниже представлены скрипты, возможные диалоговые действия, набор речевых актов, которые сопровождаются реализацией интервенций, но логика последовательных действий осуществляется в том же режиме, что и покупка предметов и продуктов первой необходимости.

## Скрипты 12.1.

### Покупка лекарств по назначению врача.

(Вопросы должны быть закрытые с однозначной интерпретацией. Вопросы типа «ДА»/«НЕТ»).

#### Встреча с пациентом

- Добрый день! Меня зовут Мария Михайловна, я социальный координатор. При больнице открыт центр социальной помощи, мы оказываем социальную помощь пациентам. Как к Вам удобно обращаться?
- NN....
- СК - Как Вы себя чувствуете?
- NN....
- СК - Вас экстренно госпитализировали из дома?
- NN....
- СК - Есть ли у Вас какие-либо просьбы?
- NN...
- СК - Вы знаете, принятие дополнительных лекарств возможно только по согласованию с лечащим врачом. Я уточню у него о возможности принятия данных препаратов, и в том случае, если он не возражает мы их купим.
- NN....

#### Продолжение встречи

- (В том случае, если разрешение лечащего врача получено:)
- СК - При больнице есть аптечный киоск и мы можем купить Вам лекарства, которые Вам необходимы...
- NN....
- СК - Составьте, пожалуйста список того, что Вам необходимо, приготовьте деньги, позднее (уточняется время) я зайду к Вам и мы купим все, что Вам необходимо...
- NN....
- СК - До встречи, поправляйтесь!

#### Покупка товаров

- При получении заказа о покупке товаров социальный координатор осуществляет закупки. В том случае, если на территории лечебного учреждения нет социальный координатор использует курьерскую службу.
- СК - Добрый день NN....
- NN....
- СК - Мы купили Вам лекарства, которые Вы просили.
- NN....

- СК - Давайте проверим по списку то, что мы Вам приобрели... Все ли соответствует Вашему заказу?
- NN....
- СК - Для отчета нашему руководству, мы составили акт об оказании услуг, ознакомьтесь, пожалуйста.
- NN....
- СК - Подпишите, пожалуйста акт в этом месте. Спасибо.
- NN, если Вам потребуется помощь Вы всегда можете к нам обратиться.
- СК - Всего хорошего, выздоравливайте.

### *Коммуникативно-информационные технологии в реализации информационных потребностей пациента*

Коммуникативно-информационные технологии, реализуемые социальным координатором, осуществляются на основе запроса пациента, а также они являются необходимым инструментарием профессионала, способствующему эффективной выписки.

В контексте базовых потребностей пациента информационные потребности реализуются как многофакторные потребности, включающие в себя:

- потребности в безопасности,
- потребности в адаптации к новым условиям и состояниям пациента.

### *Потребности в безопасности и информировании*

Информация несет в себе функции общения, что позволяет пациенту через коммуникации реализовывать различные жизненные роли, в которых он ограничен в период обострения заболевания. Фасилитативная функция общения, отмеченная еще К. Роджерсом, позволяет пациенту через средства коммуникации, выражать свои тревоги и озабоченности, что снижает развитие депрессивных состояний, тем самым создаются условия для снижения рисков развития сопутствующих заболеваний.

*С другой стороны,* информирование со стороны медицинского персонала и социальных координаторов расширяет определенный жизненный опыт человека в ситуации лечения. Так информирование о заболевании, правильном режиме дня, необходимости принятия медикаментозных средств, выполнении рекомендаций врачей является необходимым условием для дальнейшей жизнедеятельности человека, условием его индивидуальной безопасности в контексте проблем здоровья.

*С третьей стороны,* информирование, является своеобразной формой контроля в процессе социальной координации, за действиями родственников пациента. Необходимо отметить, что факторы насилия в отношении пожилых людей могут принимать различные формы, не только те, что были рассмотрены нами выше.

Одной из форм насилия над пожилым человеком является пренебрежение его потребностями, в данном контексте это выражается в уклонение родственников от координации действий в выписке пожилого человека из больницы, и возвращение его домой. В этом контексте со стороны социального координатора информирование социальных служб, правоохранительных органов, служб опеки является инструментом воздействия, реализации и защиты гражданских прав и свобод пожилого человека, его права на место жительства и обязательную опеку со стороны родственников, в случае его недееспособности.

Так по данным московского Департамента труда и социальной защиты населения первоначальное оставление в больнице родственниками пациентов 65+ после окончания госпитализации составила в 2023 году -14063 случаев. Действия социальных координаторов позволили всем пациентам либо вернуться в места проживания, либо обрести заботу в социальных учреждениях.

#### *Потребности в адаптации к новым условиям и состояниям пациента*

Информационные потребности, как мы говорили выше, имеют многофункциональный характер, влияют на процесс выздоровления пациента.

В этой связи информирование может выступать как процесс профилактики, адаптации, прогнозирования и планирования жизнедеятельности пациента.

Так, например, в странах Глобального Запада информирование является неотъемлемым инструментарием социального навигатора, когда профессионал обязан информировать членов семьи пациента о его болезни, различных вариантах лечения, возможных последствиях методов лечения. Такая же ситуация наблюдается среди профессионалов Глобального Юга, которые сегодня осуществляют переход от «социальных координаторов общей практики», к профессионалам, имеющих узкопрофильную специализацию работу с пациентами.

В Российской Федерации пока не наблюдается специализация социальных координаторов вследствие начального этапа оформления данного направления клинической социальной работы. Поэтому технологии информирования несут в себе не диагностические функции, а функции общей реабилитации, где через коммуникативные связи восстанавливаются отношения с родственниками, что позволяет снижать уровень индивидуальной вынужденной изоляции, и как следствие тревожности пациента.

По образному замечанию классика социальной работы Ф. Холлис, снижается уровень «давления окружающей среды», которая выступает в данной ситуации в качестве «пресса».

*С другой стороны,* социальный координатор, помогая пациенту восстановить общение с родными и близкими через технические средства коммуникации, включаясь в эти процессы, противодействует другому виду депривации, информационной, которая характерна для граждан 65+. Согласно отечественным и зарубежным исследованиям средства телефонной мобильной связи, интернет и цифровые технологии негативно воспринимаются пожилыми людьми, осложняют их социальное функционирование, формируют депрессивные состояния и тревожность.

*С третьей стороны,* социальный координатор своими интервенциями, помогая пожилому человеку устанавливать мобильную связь, снижает когнитивную депривацию, возникающую в процессе лечения.

Когнитивная депривация возникает в результате психологического состояния человека, имеющего заболевание. Поскольку, имея приобретенный статус больного, госпитализированный пожилой человек центрирован на проблемах своего здоровья, что также способствуют средовые условия госпитализации, формирующие ведущий мотив деятельности внимание к своему физическому состоянию.

Не малую роль на формирование когнитивной депривации играет отсроченное во времени предоставление анамнеза пациенту, в силу различных объективных или субъективных обстоятельств.

Конечно в соответствии с ФЗ 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023), ст. 22, каждый имеет право на получении информации о состоянии здоровья. Однако процесс диагностики, сдача анализов, процедура медицинского консилиума требует времени, что невозможно реализовать все эти процедуры в ситуации «здесь и сейчас», что субъективно желает пациент.

В этом случае феномен межличностного взаимодействия «одновременности разновременного», о чем мы писали выше, становится фактором активизации тревожных состояний пациента. Именно эта объективная темпоральность формирует индивидуальные процессы когнитивной депривации, когда пациент, не имея уточненной информации в силу объективных факторов, «додумывает» свой диагноз, осложняя тем самым свое психологическое состояние.

Осуществляемые коммуникативно-информационные интервенции, которые в данном контексте выступают как поддерживающие интервенции, не только со стороны социального координатора, но и родственников позволяют в процессе общения на всех уровнях ослаблять у пациентов процессы когнитивной депривации.

*Техники реализации информационных потребностей пациента*

Обеспечение дистанционной связи с родственниками реализуется социальным координатором в трех основных режимах:

- в режиме предоставления услуги непосредственно пациенту,
- в режиме связи с родственниками пациента, с целью организации принятия и транспортировки пациента до места постоянного проживания,
- в режиме связи с родственниками в ситуации форс-мажорных обстоятельств, которые могут произойти в процессе лечения пациента, либо изменений планов принятия и перевозки пациентов со стороны родственников.

*Предоставление услуги непосредственно пациенту* осуществляется через серию последовательных действий со стороны социального координатора.

**Таблица 12.4.**

**Обеспечение дистанционной связи с родственниками**

<p>Выполняется социальным координатором при отсутствии средств связи у пациента:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. согласование с пациентом удобного времени для осуществления связи с родственниками.</li> <li>2. уточнение у пациента, в каком формате будет производиться дистанционная связь.</li> <li>3. установление телефонной или видео связи в дистанционном режиме с родственниками пациента.</li> </ol>	<p><b>Выполняется социальным координатором в случае согласия пациента на оказание функции:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. войти в палату;</li> <li>2. представиться: назвать свою фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;</li> <li>3. объяснить цель визита;</li> <li>4. обговорить с пациентом удобное, с точки зрения пациента, время для осуществления дистанционной связи;</li> <li>5. уточнить у пациента в день проведения дистанционной связи возможный формат связи (аудио/видео);</li> <li>6. проверить: в день предоставления функции достаточность заряда аккумулятора на устройстве для дистанционной связи;</li> <li>7. помочь пациенту по желанию: привести себя в порядок: причесаться,</li> </ol>	<p>Время предоставления функции:</p> <p>функция может оказываться в несколько этапов, совокупный показатель времени 30 минут, из них установление связи коммуникации – 15 минут.</p> <p>Функция считается выполненной после установления дистанционной связи с родственниками.</p> <p>Функция оказывается по потребности в период госпитализации пациента.</p>	<p>Результат – установление дистанционной связи с родственниками.</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;</li> <li>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ</li> </ol>
--	--	--	---



	<p>поправить одежду, поправить подушку, навести порядок на тумбочке - в случае видеосвязи с родственниками;</p> <p>8. набрать номер родственника, проверить картинку при видеосвязи, чтобы было хорошо видно пациента, представиться, помочь пациенту удержать устройство для комфортного видео общения или удерживать устройство самостоятельно;</p> <p>9. набрать: номер родственника, в случае аудио связи, представиться, передать трубку пациенту, при необходимости осуществить поддержание устройства для комфортного общения;</p> <p>10. продезинфицировать: устройство до и после разговора;</p> <p>11. продолжить: разговор с родственниками, после завершения дистанционной связи с пациентом;</p> <p>13. ответить: на вопросы родственников;</p> <p>14. завершить: дистанционную связь с родственниками, попрощаться;</p> <p>16. пожелать: пациенту скорейшего выздоровления, попрощаться;</p> <p>17. попрощаться: с пациентами в палате;</p> <p>18. зафиксировать результаты работы в - ИС ГКБ.</p>		
--	--	--	--

*Дистанционная связь с родственниками пациента* осуществляется, когда необходимо произвести координацию действий социальных служб медицинской

организации и родственников по выписки и транспортировки пожилого человека до места его проживания.

Режим связи устанавливается на основе планирования текущей деятельности социального координатора, с учетом планов и возможностей коммуницирования стороны родственников или опекунов. Ниже даны скрипты, возможные сценарии диалогов социальных координаторов и родственников пациента.

## Скрипты 12.2.

### Обеспечение дистанционной связи с родственниками

(Вопросы должны быть закрытые с однозначной интерпретацией. Вопросы типа «ДА»/«НЕТ»).

#### *Социальный координатор:*

- Добрый день! С Вами говорит социальный координатор Больницы .... Иванов Иван Иванович. «ФИО пациента» проходит лечение в Больнице..., палате № XX. Могу я переговорить с родственниками ФИО (пациента).
- Получить согласие.
- Социальный координатор: ФИО хотел(а) бы с Вами поговорить. Когда Вам будет удобно?
- Получить ответ.
- Социальный координатор: (Если дату определили) Спасибо. Уточняю - XX.XX.23 в XX.00 мы наберем Ваш номер телефона, и Вы сможете переговорить с ФИО. До свидания.
- Если дату не определили, уточнить, когда можно перезвонить.
- Если спрашивают о здоровье – дать телефон лечащего врача.

Услуга со стороны социального координатора может *оказываться проактивно в форс-мажорных ситуациях*, например, когда изменяются сроки выписки пациента из-за ухудшения его состояния здоровья. Технологии реализации и сценарий взаимодействия осуществляется в рамках предоставления описанных услуг.

#### *Информирование как консультация*

Деятельность социального координатора не ограничивается на данном этапе только предоставлениями тех видов услуг, о которых мы говорили выше.

В процессе взаимодействия с пациентом помимо осуществления интервенций удовлетворяющие его социально-бытовые потребности, социальный координатор предоставляет информацию о возможностях системы социальных услуг, которая может

предоставить дополнительные или необходимые ресурсы для его социального функционирования.

В этой связи социальный координатор проводит консультацию для пациента. Согласно, Р. Бракеру, несмотря на то, что консультация проводится в проактивном режиме, директивно, она должна иметь структурированный характер, нести в себе советы, предложения, информацию о наличие ресурсов, способствовать улучшению жизнедеятельности субъекта.

Проведение консультации требует от социального координатора соблюдение определенных правил, которые должны способствовать получению, принятию информации и решения от пациента о получении/ отказе ресурсов, предоставляемых социальными службами. Получение социальных услуг или отказ от них, в тех случаях, когда они регламентированы законом, находится в полной компетенции пациента. Социальный координатор, проводя консультацию должен руководствоваться определенными правилами, среди них:

- социальный координатор, осуществляя консультацию на больничной койке, должен максимально обеспечивать уединение, концентрировать внимание пациента, противодействовать внешним помехам и барьерам, возникающих в процессе информирования,
- информация должна быть структурированной и адаптированной для пациента 65+, с учетом его заболевания и потребностей,
- коммуникации строятся на основе наводящих закрытых и открытых вопросов,
- необходимо предоставление времени для осмысления пациентом полученной информации в ситуации «здесь и сейчас» с учетом его возрастных особенностей и заболевания,
- необходимо реагировать на эмоциональные проявления пациентов, не прерывать их во время уточнения информации, несмотря на возможные однотипные вопросы, уже получившие разъяснения со стороны социального координатора,
- социальный координатор должен создавать позитивный настрой и доброжелательный климат во время консультирования, таким образом, чтобы пациент чувствовал поддержку и возможность ее продолжения со стороны социальных служб, после того как он покинет медицинскую организацию.

В таблице 12.4. даны основные алгоритмы взаимодействия социального координатора и при информировании пациента о социальной помощи, оказываемой социальными службами.

Таблица 12.5.

## Консультация по предоставлению социальной помощи в Москве.

<p>Выполняется социальным координатором:</p> <p>информирование пациента о социальной помощи, оказываемой в Москве</p>	<p><b>Выполняется социальным координатором:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. войти в палату;</li> <li>2. представиться назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;</li> <li>3. объяснить цель визита;</li> <li>4. при наличии у пациента потребности в консультации проинформировать пациента о мерах социальной поддержки в Москве, которые ему могут быть предоставлены, о способах их получения и обращения за функцией;</li> <li>5. спросить у пациента, нужно ли ему что-либо записать;</li> <li>6. обеспечить при необходимости пациента ручкой и листами бумаги;</li> <li>7. уточнить у пациента, все ли ему понятно, не осталось ли вопросов;</li> <li>8. после завершения консультации попрощаться, пожелать пациенту скорейшего выздоровления;</li> <li>9. попрощаться: со всеми пациентами в палате;</li> <li>10. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ</li> </ol>	<p>Время предоставления функции – не более 30 минут.</p> <p>Функция считается выполненной после завершения консультации по предоставлению социальной помощи в Москве.</p> <p>Функция оказывается однократно в период госпитализации пациента.</p>	<p>Результат - осуществление консультации по предоставлению социальной помощи в Москве</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. пациент удовлетворен объемом и качеством оказания функции;</li> <li>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</li> </ol>
---	--	---	---

## 12.2. Средняя фаза работы с пациентом

Как мы писали выше технологии социальной координации на этапе средней фазы реализуются в контексте общего технологического процесса. Социальный координатор осуществляет данную фазу с пациентами, которым поставлен диагноз, назначено лечение, и оно осуществляется в течение определенного времени, к этому процессу и подключается непосредственно профессионал.

Социальный координатор в этой связи уже работает не в ситуации один на один, лицом к лицу, а как член мультидисциплинарной команды, выполняя функции координации между пациентом, семьей, врачами, психологами, обеспечивая уход и предоставляя необходимые услуги, которые были ранее определены для данных пациентов, тем самым продолжая реализовывать процесс непрерывного ухода.



Рис. 12.5. Средняя фаза работы с клиентом

На данной фазе социальный координатор осуществляет налаживание связей через группы внешней и внутренней поддержки. Согласно американской исследовательницы *А. Минахан*, социальный работник, предоставляющий социальные услуги в больнице, социальный координатор, реализует свои следующие функции:

- оказание помощи в решение возникающих проблем и преодолению трудностей,

- содействие взаимодействию между окружением пациента и медперсоналом,
- помощь в получении ресурсов,
- координация действий организаций по предоставлению необходимых услуг как на этапе госпитализации, так и после выписки пациента.

В зарубежной практике социальные навигаторы/ социальные координаторы имеют более расширенные права и обязанности, которые не ограничены только предоставлением социальных услуг. В их обязанности входят мероприятия по дальнейшей социализации и реинтеграции пациентов, организация и оказание психотерапевтической и консультационной помощи, организации услуг по финансовой поддержке пациента, с предоставлением дальнейшего лечения, в рамках программ борьбы с бедностью оказывать содействие в реабилитации малоимущих пациентов.

### *12.2.1. Технологии реализации плана интервенций, сопровождения, мониторинга и оказания социальных услуг на средней фазе работы с пациентом*

Реализация плана интервенций осуществляется на основе протокола действий, который был оформлен на первой фазе работы с пациентом и социальный координатор следует его выполнению.

Однако в процессе организации социальных услуг с одной стороны у пациента могут возникнуть, на основе поставленного диагноза определенные тревоги, которые, с учетом его возраста, актуализируют экзистенциальные проблемы жизни и смерти, проблемы «мирского» и «религиозного», духовного.

Психологические проблемы небытия, смерти, актуальны для жизнедеятельности человека, о чем писали классики психологии XX века. *З. Фрейд* выдвигал концепцию инстинкта смерти, которому каждое мгновение противостоят силы жизни, бытия. Эта борьба продолжается в течение всей жизни человека, но конечном итоге, силы небытия «одерживают верх».

Эта неоднозначная точка зрения будет оспариваться самими представителями психоанализа, например, *К. Хорни*, которая считала, что пессимизм ученого в большей степени были определены Первой мировой войной и той агрессивной атмосферой, которая была характерна для общества.

В медицинской организации ситуация, описанная *З. Фрейдом*, может для пожилого пациента может разворачиваться в двух основных планах как усугубляющая его положение, приводящая к более глубокой фазе депрессии, либо фактор, активизирующий его ресурсы, на основе духовности.

В мировой практике социальной работы в учреждениях здравоохранения проблемы духовности и здоровья осмысляются в трех основных контекстах:

- неудовлетворенности /удовлетворенности жизнью,
- духовности как мотивирующей силы выздоровления,
- духовности как фактора формирования смыслов.

Духовность рассматривается в подходах социальной координации как определенный ресурс, сильный фактор самого индивида, который позволяет пациенту преодолевать стрессы, вызванные заболеванием. Как показывают зарубежные исследования религиозные нарративы, например, молитва, помогает преодолевать возникшие трудности. По степени субъективной поддержки пациента, молитва находится на втором месте после поддержки семьи.

С другой стороны, духовность, помогает преодолевать страдания, боль, видя в них определенные смыслы, что позволяет на основе религиозного опыта и установок преодолевать негативные психотические состояния.

Так, психотерапевт *Р. Мэй* считал, что терапевтический смысл «небытия» заключается в том, чтобы не противостоять ему тратя на сопротивление «силы и энергию», а принимать «тревогу», «быть терпеливым, допускать, не стремясь вытеснить, на сколько это возможным, использовать конструктивно». Такие подходы позволяют, согласно подходам терапевта, избежать саморазрушения.

Классик американской позитивной психологии *М. Селигман*, установил, что духовные смыслы усиливают чувство оптимизма, противодействует отрицательным эмоциям и способствует формированию планов на будущее. Это особенно ценно, так как позволяет социальным координаторам использовать данные подходы для помощи пациентам сбавляться с негативными последствиями заболевания.

В этой связи предоставление возможности пациента встретиться со священником в медицинском учреждении является одним из факторов оказания социальной помощи в контексте предоставления медицинских услуг. Организация данной интервенции отражена в таблице 12.6.

**Таблица 12.6.**

## Организация встречи с представителем духовенства

<p><b>Выполняется социальным координатором:</b></p> <p>организация встречи с представителем духовенства</p>	<p><b>Выполняется социальным координатором:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. осуществить поиск представителя духовенства необходимой пациенту конфессии;</li> <li>2. согласовать дату и формат встречи с пациентом;</li> <li>3. согласовать встречу с представителем духовенства с лечащим врачом,</li> <li>4. встретить представителя духовенства в больнице;</li> <li>5. сопроводить представителя духовенства к пациенту;</li> <li>6. сопроводить представителя духовенства до выхода с территории больницы;</li> <li>7. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</li> </ol>	<p>Функция считается выполненной</p> <p>после организации встречи пациента с представителем духовенства</p> <p>Время предоставления функции социальным координатором – не более 30 минут.</p>	<p>Результат – организация встречи с представителем духовенства.</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;</li> <li>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</li> </ol>
---	---	---	---

### СКРИПТЫ 12.6.

#### **Социальный координатор:**

- Добрый день! Я Социальный координатор Больницы .... Петров Петр Петрович. Информую Вас о том, что встречу с представителем духовенства, о которой Вы просили, мы можем организовать. Вы довольны?

- получить ответ,

СК - мы получили предварительное согласие о встрече с \_\_\_\_\_ назвать чин священнослужителя, он может прийти к Вам \_\_\_назвать дату и время. Вас это устроит?

- получить согласие на дату и время.

СК - У Вас есть Библия /Коран/Иная священная книга, или сказать священнослужителю, чтобы он Вам принес?

- получить ответ.

СК. В день встречи проводить представителя духовенства к пациенту, желательно в отдельное помещение.

СК. После беседы представителя духовенства социальный координатор осуществляет контроль за выходом представителю духовенства из больницы.



СК. После беседы с представителем духовенства СК просит психолога навестить пациента и проверить его состояние.

Услуга завершается после организации встречи пациента с представителем духовенства.

*Оказание помощи социальным координатором пациенту на данной фазе может быть оказана не только на основе прямой помощи, принятой в технологиях социальной работы, но и косвенной, помощь через семью и учреждения социальной защиты.*

На средней фазе работы определяются тенденции относительно дальнейшего состояния пациента, его возможностей самостоятельного социального функционирования в повседневной среде, возможности самообеспечения.

Однако ситуация и состояние здоровья пациента может быть оценено как нестабильное и в ситуации средней и дальней перспективе может прогнозироваться как требующего ухода со стороны третьих лиц.

Тенденции ухода со стороны близких родственников наиболее распространенная форма помощи как в странах Глобального Севера, так и Глобального Юга. Как показывают зарубежные исследования около 64% пожилых людей требуют долгосрочного ухода, из них большая часть надеются только на поддержку семьи.

В этой связи долговременный уход со стороны родственников осуществляют:

- взрослые дочери (27%),
- родственницы (18%),
- сыновья (15%),
- жены (13%),
- мужья (10%).

Основная группа, ухаживающая за пожилыми недееспособными родственниками, осуществляющие долговременный уход, около 30%, являются люди старше 65 лет.

Только 8% пациентов, нуждающихся в долговременном уходе, имели возможность пользоваться «формальным уходом» на платной основе. В этой связи организация и обучение родственников долговременному уходу является важнейшей задачей социальных координаторов на этапе средней фазы работы с пациентами в медицинском учреждении.

Необходимость организации обучения родственников технологиям долговременного ухода связано и с тем, чтобы предотвратить факторы выгорания родственников в ситуации ухода, обучить их эффективному преодолению трудностей, а также сформировать позитивные установки на помощь и поддержку, тем самым устранить в будущем возможные факторы агрессии в отношении пожилых людей.

Обучение технологиям ухода, объяснение поведения, реакций, обусловленных заболеванием, даст возможность родственникам объективно оценивать складывающиеся ситуации, обращаться за помощью как для пожилого человека, так и себя в ситуациях стресса и эмоциональных перегрузках.

Основная задача школы родственного ухода сформировать у близких людей пожилого человека навыки организации терапевтической среды, навыки адаптивного совладания. Они должны не только создать безопасные, комфортные физические условия для сна, приема пищи, купания и проведения рекреационных мероприятий, но и на основе рекомендаций врачей осуществлять медикаментозные процедуры, в соответствии с заболеванием пожилого человека.

Все эти факторы дают основание для того, чтобы социальный координатор на основе диагноза и рекомендаций врачей, проактивно взаимодействовал с родственниками пациента, чтобы направить их в школу родственного ухода.

**Таблица 12.7.**

**Направление в школу родственного ухода члена семьи пациента.**

<p>Функция выполняется социальным координатором:</p> <p>информирование родственников о возможности обучения в Школе родственного ухода.</p>	<p><b>Выполняется социальным координатором:</b></p> <p>1. осуществить выдачу информационного буклета пациенту;</p> <p>2. осуществить информирование родственника пациента о наличии школы родственного ухода члена семьи пациента;</p> <p>3. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</p>	<p>Функция завершается после информирования о возможности обучения в школе родственного ухода</p> <p>Время предоставления социальным координатором - не более 15 минут.</p>	<p>Результат - информирование родственников о возможности обучения в Школе родственного ухода.</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <p>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</p> <p>2. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</p>
---	--	---	---

Социальный координатор может организовывать процесс долговременного ухода пациентам после госпитализации в учреждениях социальной защиты в тех случаях, когда это предусмотрено действующим федеральным и региональным законодательством, в частности:

- Федеральный закон от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации",

- Распоряжение Правительства РФ «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения» от 05.02.2016 № 164-р
- Перечень Поручений Президента Российской Федерации от 23 августа 2017 г. № Пр-1650. по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также по поддержке семейного ухода.
- Постановление Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в городе Москве» и др.,

позволяющие оказывать социальную помощь пожилым пациентам в стационарной форме в форматах постоянного, временного проживания, дневной занятости.

В Москве, например, такая форма поддержки может быть реализована в 18 социальных домах и 8 геронтологических центрах с филиалами. В данных учреждениях не только организован уход за нуждающимися, проживание, питание, а также осуществляются все виды социальной реабилитации. Алгоритм действий социального координатора на данном этапе профессионального взаимодействия отражено в таблице 12.8.

**Таблица 12.8.**

**Оформление документов для получения путевки в стационарное социальное учреждение**

<p>Функция выполняется администратором Службы сервиса:</p> <p>взаимодействие с Координационным центром ДТСЗН города Москвы.</p> <p>Функция выполняется социальным координатором:</p> <p>сбор медицинских документов, необходимых для получения путевки и организации перевода пациента в стационарное социальное учреждение.</p>	<p><b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b></p> <p>1. от координационного центра ДТСЗН поступает запрос подготовить заключение врачебной комиссии, этапный эпикриз по установленной форме.</p> <p>2. данный запрос Службой сервиса в течении 1 часа перенаправляется социальному координатору в ГКБ;</p> <p>3. полученные от социального координатора медицинские документы</p>	<p>Функция считается выполненной после выписки пациента из медицинской организации в стационарное социальное учреждение.</p> <p>Время предоставления функции Службой сервиса – не более двух часов.</p> <p>Время предоставления функции социальным координатором не более трех часов, в случае организации</p>	<p>Результат – маршрутизация пациента в учреждение стационарной формы обслуживания.</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <p>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</p> <p>2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;</p>
--	---	--	---

	<p>направляются в координационный центр ДТСЗН</p> <p>4. по итогу рассмотрения документов пациента из координационного центра ДТСЗН в Службу сервиса ГБУ КЦМП поступает решение о выписанной путевке в стационарное социальное учреждение города Москвы;</p> <p>5. Служба сервиса в течение 1 часа передает информацию социальному координатору в ГКБ.</p> <p><b>Выполняется социальным координатором:</b></p> <p>1. в день получения запроса от Службы сервиса получить от пациента согласие/отказ на предоставление ему услуг в стационарной форме в учреждении социального обслуживания;</p> <p>2. передать полученную информацию в Службу сервиса;</p> <p>3. в случае согласия пациента на предоставление ему социальных услуг в стационарной форме после получения запроса из Службы сервиса сообщить лечащему врачу о необходимости предоставить заключение врачебной комиссии, этапный эпикриз по установленной форме, а также информацию о паллиативном статусе пациента (при наличии);</p>	<p>сопровождения - до шести часов.</p> <p>Функция оказывается однократно (в исключительных случаях может быть оказана повторно).</p>	<p>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</p>
--	--	--	---

	<p>4. не позднее установленного срока передать медицинские документы в Службу сервиса;</p> <p>5. получить от Службы сервиса решение о рассмотрении пакета документов пациента;</p> <p>6. проинформировать лечащего врача о решении ДТСЗН города Москвы о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании в стационарной форме;</p> <p>В случае решения о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании в стационарной форме социальный координатор должен:</p> <p>1. в день получения информации о признании организовать взаимодействие с лечащим врачом по вопросу подготовки пакета документов, необходимого для помещения пациента в стационарное учреждение;</p> <p>2. направить пакет медицинских документов в Службу сервиса;</p> <p>3. за сутки до выписки проинформировать администратора Службы сервиса о готовности перевода пациента в стационарное социальное учреждение;</p> <p>4. после выписки на транспорте ГКБ организовать перевозку пациента в стационарное</p>		
--	---	--	--

	<p>социальное учреждение города Москвы.</p> <p><b>В случае необходимости сопровождения пациента</b> в стационарное социальное учреждение - сопроводить пациента в стационарное социальное учреждение с последующим возвращением на рабочее место.</p> <p>5. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</p>		
--	---	--	--

### 12.3. Завершающая фаза работы с пациентом

Завершающая фаза работы с пациентом имеет свои временные рамки, и она осуществляется по заранее оговоренному сценарию. Решение о выписке пациента прижимается медицинским персоналом, которые предварительно сообщают пациенту и социальному координатору о сроках завершения госпитализации.

Принятие решения о выписке пациента определяются стратегиями лечения, достижениями теми целями, которые были поставлены на начальной фазе работы.

Как показывают исследования психологическое состояние пациентов имеют смешанные чувства. С одной стороны, они преисполнены чувством оптимизма, что возвращаются в свою повседневную жизнь, с другой стороны это чувство может сопровождаться определенной тревогой, поскольку пациенты теряют поддерживающие отношения медицинские, психологические, социальные, тот ресурс, который позволял им справляться с комплексом проблем на этапе госпитализации.

Последняя фаза работы во многих странах мира связана с процессом координации выписки пациента, а также с планом безопасности, дальнейшего ухода, предоставления социальных услуг в его повседневной жизни.

#### 12.3.1. Стратегия и практика социального координатора при выписке пациента: зарубежный опыт

В странах Глобального Севера и отдельных странах Глобального Юга выписка пациента из медицинского учреждения является важнейшей фазой непрерывного ухода в концепциях социальной навигации.

В странах Глобального Севера достаточно широкое распространение получила модель социальной навигации Фримена- Родригеса, Л. Эспарата.

*Модель Г. Фримена и Б. Родригеса* основана на общих подходах к социальной навигации, которая включает весь спектр сопровождения профессионалом пациента от профилактической до паллиативной помощи в конце жизни. Профессионалы, которые осуществляют сопровождение пациентов, социальные навигаторы могут быть либо клинические социальные работники, либо младший медицинский персонал, прошедшие специальное обучение по направлению социальной координации в здравоохранении.

Основной подход авторов основывается на устранении барьеров, которые возникают в процессе оказания медицинской помощи. Наиболее распространенными барьерами являются: финансовые, коммуникационные, медицинские, психологические барьеры, а также средовые барьеры, которыми могут быть транспортными, семейными, институциональными.

Преодоление возникших барьеров возможно благодаря их устранению на основе единого руководства и координации помощи и ухода в процессе лечения. Помощь пациентам оказывается в ситуации «лицом-к-лицу», при непосредственном взаимодействии, в зависимости от сложности оказываемых услуг она может быть оказана как профессионалами, индивидуально, либо в составе мультидисциплинарной команды, либо парапрофессионалами под контролем специалистов.

Основными принципами, которыми руководствуются социальные навигаторы/социальные координаторы являются:

- социальная навигация - это ориентированная на пациента модель предоставления медицинских услуг,
- оказание помощи – основано на принципах непрерывности медицинского обслуживания,
- социальная навигация призвана объединить фрагментацию в системе медицинского обслуживания,
- ядром социальной навигации является устранение барьеров, и организация ухода посредством выстраивания отношений один-на-один,
- социальный навигатор для реализации функций помощи должен быть интегрирован в команду здравоохранения,
- услуги социального навигатора должны быть экономически эффективными,
- социальные навигаторы должны предоставлять помощь на основе ресурсов поставщиков услуг в соответствующее время в процессе лечения пациента,

- система оказания медицинской помощи определяет начало и конец социальной навигации пациента,
- навигационные системы пациентов требуют координации в рамках системы оказания помощи,
- социальная навигация реализуется в интересах пациентов.

*Модель социальной навигации Л. Эспарата* – это модель, которая имеет четкую направленность на конкретных пациентов, имеющих хронические заболевания, включая гипертонию, диабет и астму. Основная задача социальных навигаторов/ социальных координаторов с учетом специфики заболевания помочь им преодолеть барьеры получить весь спектр помощи со стороны системы здравоохранения. Процесс социальной навигации реализуется на как на стадии госпитализации, так и после выписки пациента и он включает в себя четыре стадии работы пациентом.

#### Завершающая фаза работы с пациентом

Стратегия и практика социального координатора при выписке пациента: зарубежный опыт



#### Модель социальной навигации Л. Эспарата

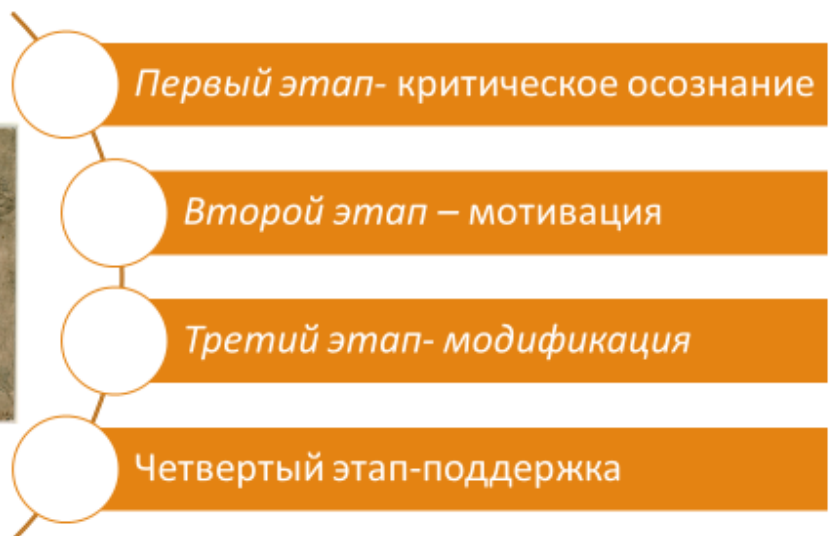


Рис. 12.6. Модель социальной навигации Л. Эспарата

*На первом этапе* происходит критическое осознание свое состояния, происходит познание пациентами не только природы своего заболевания, но методов контроля своего заболевания. Этому способствуют целенаправленные взаимодействия, которые осуществляют социальные навигаторы с пациентами. Взаимодействие осуществляются на основе директивных подходов, где социальные навигаторы предоставляют не только свои, но и услуги внешних поставщиков.



*На втором этапе* на основе мотивационных факторов первого этапа, формируется принятие решение пациентом изменить свое поведение, элементы своего образа жизни, влияющие на прогрессирование хронического заболевания. Как мы уже рассматривали выше, изменяется, согласно концепции психотерапевта, А. Бека, негативная когнитивная схема представлений, которая формирует непродуктивные формы индивидуального поведения.

*Третий этап*, когда пациент не только принимает, но и модифицирует свое поведение, управляет негативными условиями, выполняет все требования и предписания врачей.

*Заключительный этап*, поддержка пациента, оказание помощи и сопровождения по развитию навыков жизнедеятельности при хронических заболеваниях, формирование ответственности у пациента за состояние своего здоровья.

Данный процесс реализуется в рамках концепции непрерывного ухода и в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и его потребностей реализуется в его повседневной жизни. Основная цель данной технологии социального навигатора/ социального координатора – это сокращение повторных госпитализаций пациентов с данными диагнозами.

Рассматривая данные модели как определенные установки социальных навигаторов/ социальных координаторов на этапе выписки пациентов, основными задачами данной фазы координации являются:

- выявление пациентов, которые нуждаются в послебольничной помощи,
- планирование, координация и предоставление медико-социальных услуг, непосредственно в сообществе на основе обеспечения непрерывного ухода за клиентом.

Философия деятельности социальных навигаторов основывается на тех основаниях, что выписанным пациентам необходимо будет жить в повседневной жизни с болезнью или инвалидностью, в этой связи они должны иметь представления не только о своих ограничениях, но и уметь организовывать свою жизнедеятельность в соответствии с имеющимися ограничениями и дефицитами.

Не малую роль в это связи должны играть не только близкое окружение, но и социальные, медицинские и другие службы, которые должны быть нацелены на обеспечение качества жизни таких людей.

Отсюда стратегия выписки ставит перед социальными навигаторами определенные задачи, среди них:

- оценка состояния пациента и прогнозирование его дальнейшего социального функционирования в повседневной жизни,
- разработка плана выписки с учетом особенностей заболевания пациента, его места жительства, особенностей социально-экономических условий жизнедеятельности,
- организация предоставления социальных, реабилитационных и иных услуг, подключение необходимых специалистов, позволяющих удовлетворять потребности клиента вне медицинской организации,
- оценка деятельности мультидисциплинарной команды «работы со случаем».

Технологически, процесс выписки из медицинского учреждения, должен реализовывать непрерывный уход за пациентом от фазы выписки и транспортировки его до места проживания, подключения к процессу помощи медицинских и социальных учреждений, обслуживания пациента на дому, доставку необходимых лекарств, а также в тех случаях, когда это необходимо, на основе оценки социальных навигаторов/ социальных координаторов, предоставление финансовых, социальных и психологических ресурсов доступных для пациентов и его семьи.

Таким образом, главная цель последней фазы работы с пациентом — это полное удовлетворение индивидуальных потребностей пациента, вызванных его заболеванием.

### *12.3.2. Отечественные подходы социальных координаторов при выписке пациента*

Выписка из больницы – это важнейший этап, когда окончательно происходит оценивание потребностей пациента, осмысляются планы дальнейшего его самостоятельного социального функционирования пациента. Завершающая фаза технологического процесса социальной координации позволяет осмыслить выявленные потребности, с координировать процессы оказания социальной поддержки, уточнить выявленные потребности в медицинской помощи и социальных услугах.

В тех случаях, когда данные направления поддержки не актуализированы, так как они не актуальны для потребителя, то внимание социальных координаторов сосредоточено на организации процесса выписки пациента из медицинской организации.

Социальный координатор, на данном этапе реализуя подходы непрерывного ухода, осуществляет принципы «бесшовной помощи» или «трансмуральной помощи», ориентированной на потребности пациента в ситуации «здесь и сейчас». Когда на основе координации осуществляется переход от одной модели помощи к другой, в контексте разделения функций и профессиональных обязанностей помогающих субъектов.

Процесс выписки – это связующее звено непрерывного процесса интегративной помощи, в котором принимают участие представители различных ведомств. Концепция интегративной помощи, в реализации которой на практике принимают участие социальные координаторы, включает в себя предоставление и организацию услуг, связанных с различными видами биопсихосоциально-духовной диагностики, лечением, уходом, реабилитации, предоставления социальных услуг с целью улучшения качества жизнедеятельности человека, имеющего ограничения по состоянию здоровья.

Концепция интегративной помощи, в технологиях выписки пациента, реализуется в своеобразной точке перехода, где соединяется горизонтальная интеграция, итоговая деятельность мультидисциплинарной команды, поддерживающая пациента в период госпитализации, и вертикальная интеграция: первичной, вторичной, третичной, четвертичной медицинской помощи, которая оказывается пациенту в зависимости от его функционального состояния.

Концепция интегративной помощи тесно сопряжена с концепцией комплексного ухода, которая актуальна для пожилых пациентов, имеющих хронические и мультиморбидные заболевания, что требует оказания расширенных услуг медицинских, социальных, реабилитационных, правовых, информационных, социально-бытовых, социально-психологических, что требует системной координации для реализации всех данных направлений деятельности поставщиков предоставляемых услуг.

На этапе выписки пациента члены мультидисциплинарной команды должны сформировать определенные компетенции пациента, и если медицинские работники должны сформировать приверженность к лечению, включающее знание лекарств, поддерживающие здоровье, периодичность их приема, подготовку документов для дальнейшего лечения, то социальные координаторы должны осуществить «теплый переход» из больницы в семью, по необходимости в организации социальной защиты или на патронаж социального работника.

Социальный координатор должен быть готов к развитию различных сценариев на этапе выписки, как позитивных, так и негативных, уметь перестраивать свою деятельность в форс-мажорных ситуациях, выступая как кризисный менеджер и терапевт. В таблице 12.9 даны основные алгоритмы действий социального координатора при выписке из медицинского учреждения.

**Таблица 12.9**

### **Организация и сопровождение выписки**

<p>Функция выполняется социальным координатором: организация и сопровождение выписки.</p>	<p><b>Выполняется социальным координатором при согласии пациента:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. за сутки до выписки проинформировать родственников пациента о дате выписки;</li> <li>2. уточнить у родственников, кто будет встречать пациента;</li> <li>3. в день выписки из больницы помочь пациенту собрать вещи (при необходимости);</li> <li>4. помочь пациенту в день выписки проверить наличие необходимых документов, личных вещей, ключей от квартиры, телефона, лекарств, верхней одежды, обуви в соответствии с сезоном;</li> <li>5. сопроводить пациента до места встречи с родственниками/опекунами/социальным работником;</li> <li>6. передать пациента родственникам/опекунам/социальному работнику;</li> <li>7. вызвать такси пациенту за средства пациента/родственников (при необходимости);</li> <li>8. помочь пациенту сесть в такси, если он направляется домой без сопровождения родственников или социального работника;</li> <li>9. попрощаться с пациентом, пожелать ему выздоровления и доброго пути;</li> <li>10. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</li> </ol>	<p>Функция считается выполненной после выписки пациента.</p> <p>Время предоставления функции - не более 45 минут.</p> <p>Функция оказывается однократно в день выписки пациента.</p>	<p>Результат - организовано сопровождение выписки пациента</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;</li> <li>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</li> </ol>
---	---	--	---

### **СКРИПТЫ ( ситуативные варианты)**

(Вопросы должны быть закрытые с однозначной интерпретацией. Вопросы типа «ДА»/ «НЕТ»).

#### **Представление:**

«Добрый день! Меня зовут: Мария Михайловна, я социальный координатор. При больнице открыт центр социальной защиты, мы оказываем содействие пациентам, нуждающимся в помощи. Как к Вам удобно обращаться?

NN»

СК - «Как Вы себя чувствуете?»

NN...

СК - «Ваши родные связывались с Вами, приходили к Вам?»

NN...

СК - «ВЫ знаете, когда Вас выписывают?»

NN...

СК - «За Вами приедут родные при выписке из больницы?»

NN...

СК - «Кто за Вами приедет?»

NN...

СК - «Он (они) помогут Вам собрать вещи, спуститься до автомобиля?»

NN...

СК - «Сообщите, мне пожалуйста, марку Вашего автомобиля, номера, чтобы я подготовила заявку на пропуск».

NN...

СК - Если Вам сейчас не удобно, то я зайду к Вам (уточнятся время графика Вашей загрузки) еще и мы с Вами обсудим Ваш отъезд из больницы»

NN...

СК - «Если у Вас будут изменения в выписке, мы Вам поможем. Свяжитесь с нами (предоставление координат для связи)»

NN...

СК - «Поправляйтесь, всего Вам доброго»

NN...

### **ВАРИАНТ 2.**

**Этап Представление:** (в данном случае уточняется необходимость в транспортировке (Вопросы должны быть закрытые с однозначной интерпретацией. Вопросы типа «ДА»/ «НЕТ»)

- «Добрый день! Меня зовут Мария Михайловна, я социальный координатор. При больнице открыт центр социальной защиты, мы оказываем содействие пациентам, нуждающимся в помощи. Как к Вам удобно обращаться?»

NN...

- Как Вы себя чувствуете?»

NN...

- «Ваши родные связывались с Вами, приходили к Вам?»

NN...

- «ВЫ знаете, когда Вас выписывают?»

NN...

- «За Вами приедут родные при выписке из больницы?»

NN...

- «Кто за Вами приедет?»

NN...

- «Он (они) помогут Вам собрать вещи, спуститься до автомобиля?»

NN...

- Правильно я поняла, что Вам необходима помощь в пределах учреждения?»

NN...

- «Мы Вам поможем, собрать вещи, вызвать транспорт, посадить Вас на пассажирское место и погрузить Ваши вещи в багажник»

NN...

- «До встречи. Я приду к Вам за день до выписки в (конкретизируйте время) еще раз, чтобы уточнить, что еще Вам необходимо для выписки. Всего хорошего»

NN...

### **Второй этап (встреча за день до выписки)**

1. «Здравствуйте я пришла, чтобы уточнить, какая еще помощь необходима Вам?»

NN...

Если просьба не изменилась, то необходимо действовать в логике алгоритма действий №2»

2. Завтра я приду к Вам в (в соответствии со временем выписки), помогу Вам собрать вещи, вызову транспорт, провожу Вас до автомобиля». Всего доброго до завтра».

NN...

### Третий этап (завершающий в день выписки)

- «Здравствуйтесь NN! Как Вы себя чувствуете?»  
NN...
- Какие вещи Вам помочь собрать?  
NN...
- Все ли документы Вы получили?  
NN...
- Необходима ли Вам помощь в ближайшие дни со стороны социальных работников?  
NN...
- Все ли вещи у Вас собраны?  
NN...
- Вы готовы пройти до автомобиля?  
NN...
- Давайте я Вам помогу сесть на пассажирское место.  
NN...
- Давайте я помогу Вам погрузить Ваши вещи!  
NN...
- Всего доброго, берегите себя!

### Общие выводы

Общие подходы к реализации технологии социальной координации осуществляются на этапе госпитализации пациента. Социальный координатор осуществляет свои действия общей логике мультидисциплинарной команды, на основе своих функциональных обязанностей, определяемых действующим федеральным и региональным законодательством.

Социальный координатор помогает пациенту адаптироваться к условиям медицинской организации, способствует через предоставление необходимых социальных услуг либо на основе его запроса, либо проактивно интегрироваться в новую социальную среду, с целью восстановления или поддержания здоровья.

Социальный координатор осуществляет свою профессиональную деятельность на основе технологий клинической социальной работы и технологий госпитализации социально-медицинской работы, от момента поступления пациента до этапа его выписки из медицинского учреждения.

В процессе госпитализации социальный координатор в рамках технологического процесса помогает пациенту поддерживать контакты со значимыми лицами, организациями, учреждениями.

Социальный координатор на основе диагностики индивидуальных биопсихосоциальных и духовных дефицитов пациентов, осуществляет предоставление адресных социальных услуг, используя ресурсы сообщества, семьи, различных социальных институтов «за пределами медицинской организации» в контексте межведомственного, общинного, семейного взаимодействия в контексте технологий социальной координации.

### Вопросы и задания

1. Раскройте основные принципы и подходы к общей модели социальной координации.
2. Дайте общую характеристику основах этапов работы социального координатора?
3. Покажите особенности первого этапа работы социального координатора.
4. Какие факторы необходимо учитывать при коммуникациях с пожилыми пациентами 65+?
5. Какие факторы необходимо учитывать при работе с клиентами с учетом их заболевания, травмы, инвалидизации?
6. Сравните подходы к типологии пациентов, данные на основе медицинских подходов.
7. Раскройте особенности диагностики на первом этапе работы с пациентом.
8. Какие базовые услуги оказывает социальный координатор на первой фазе работы с пациентом?
9. В чем особенности работы социального координатора на второй фазе работы с клиентами?
10. Раскройте принцип «одновременности разновременного» применительно к работе социального координатора в течение рабочего циклограммы дня.
11. Раскройте особенности третьей фазы работы с пациентом.
12. Как Вы понимаете принципы «теплой передачи» и «бесшовной помощи», ориентированной на потребности пациента?

### **Задание**

Проанализируйте письменно случай и ответьте на поставленные вопросы

### **Ситуация 1.**

Пациент женщина, 80 лет, проходила лечение в отделении острого нарушения мозгового кровообращения после отделения реанимации и интенсивной терапии. Пациент не контактна, с трахеостомой. Одинокая. Социальными координаторами была выявлена нуждаемость в определении социального статуса пациента и поиске родственников. По телефонам, указанным в сопроводительном листе скорой помощи было выявлено, что пациент состоит на социальном обслуживании на дому. Установлена связь с социальным работником, а также с сестрой из г. N. Марией. При разговоре с сестрой было установлено, что после выписки пациента заберут родственники, которые и будут осуществлять уход. Лечащий врач сообщил, что для улучшения положительной динамики в лечении пациенту необходимо пройти курс реабилитации.

- Какие услуги может предоставить социальный координатор?

- Как необходимо организовать работы при выписке пациента? Какие могут быть варианты?
- На основе какой правовой базы осуществляется оказание услуг пациенту?

### **Ситуация 2.**

Женщина В.В. 65 лет, не работает. Инвалид II группы. Разведена, с мужем не проживает. Имеет двое детей, отношения поддерживают.

В.В., поступила в учреждение на временное пребывание с целью реабилитации после перенесенного инсульта. В анамнезе два ОНМК, последнее 6 месяцев тому назад. Сенсомоторная афазия. Контакт малопродуктивен. Родственники обращались в центр восстановления ВПФ, логопедические занятия результата не принесли. На реабилитацию мотивирована. Психоэмоциональная сфера неустойчива.

#### **Вопросы:**

- Определите основную нормативно-правовую базу работы со случаем
- Выделите основные цели и задачи клинической социальной работы. Какие возможны услуги на этапе госпитализации?
- Оцените возможность самостоятельного проживания реабилитанта.

### **Ситуация 3.**

Получатель социальных услуг женщина, 57 лет, у которой в результате автомобильной аварии тяжёлая сочетанная травма. (Открытая проникающая ЧМТ. Ушиб головного мозга тяжёлой степени. Разрыв правой доли печени. Многочисленные переломы костей конечностей, таза, черепа). На момент обращения левосторонний гемипарез, нарушение двигательной функции нижних конечностей. Болевой синдром. Ходит самостоятельно с опорой на трость. Жалобы на плохой сон, ранимость, плаксивость, тревожность, раздражительность, низкую самооценку, дефицит общения.

#### **Вопросы:**

- Определите основную нормативно-правовую базу работы со случаем.
- Выделите основные цели и задачи клинической социальной работы. Какие возможны услуги на этапе госпитализации?
- Составьте прогноз результатов клинической социальной реабилитации.

### **Ситуация 4.**



Женщина, 72 лет, (ИБС, атеросклероз сосудов головного мозга, гипертоническая болезнь, остеопороз), инвалид 2 гр., пенсионерка, малообеспеченная, ухоженная, контактная. Жалуется на тягостное чувство одиночества, на тревожность и напряжение, ощущает свою изолированность в социуме, критична к окружению и к себе. Чувствует упадок физических сил; отсутствие понимания, внимания к себе со стороны дочери и внука. Эгоцентрична. Живет одна. В прошлом – инженер конструктор ЦКБ им. Туполева.

### **Вопросы:**

- Определите основную нормативно-правовую базу работы со случаем
- Выделите основные цели и задачи клинической социальной работы. Какие возможны услуги на этапе госпитализации?
- Составьте социальный раздел индивидуального маршрута клинической социальной работы.

### **Ситуация 5.**

Женщина, 55 лет страдает системным заболеванием крови, инвалидность не оформляла. Воспитывает двух детей одна (дочери 15 лет, сыну 17 лет), работает воспитателем в детском саду. Денег на жизнь и на лечение не хватает, другой работы найти не может (пыталась не раз). Муж живет с другой семьей, никакой помощи не оказывает. Самостоятельно изучила английский язык для помощи своим детям в его изучении по школьной программе.

### **Вопросы:**

- Определите основную нормативно-правовую базу работы со случаем
- Обозначьте проблему и предложите варианты ее решения. Какие возможны услуги на этапе госпитализации?
- Составьте личный профессиональный план псу.

## **Глава 13. Технологии и интервенции социальной координации при осложненных ситуациях госпитализации пациента**

Основные тенденции работы социального координатора связаны как с проблемами здоровья с пациентами 65+ связано с процессами геронтогенеза, так и с картиной заболевания, согласно концепции, российского психолога *А. Лурия*, что определяет стратегию интервенций социального координатора в клинические практики.



Рис. 12.7. Особенности внутренней картины заболеваний при патологии клиентов 65 +

### Концепты динамики патологической старости

Согласно подходам американских геронтологов *Лейдена и Ли* психопатология старости может проходить через шесть основных этапов.

**Первый этап.** Характеризуется значительным снижением физической активности, все большее внимание приобретают повторяющиеся воспоминания о прошлом, реальная жизнь постепенно становится менее актуальной.

**Второй этап.** На данном этапе происходит ослабление когнитивных функций, происходит постепенная потеря памяти, сначала оперативной, а затем и долговременной.

**Третий этап.** Постепенно происходит потеря реальности, она становится все более отдаленной, и является только фоном, существенно не влияющей на процессы жизнедеятельности.

**Четвертый этап.** На данном этапе возникает тревога, растерянность, человека охватывает чувство беспомощности, которое сменяется апатией к окружающему миру, которая постепенно дезориентацией в происходящем.

**Пятый этап.** На данном этапе наблюдается спутанность сознания, старческая аменция, полная нечувствительность сознания, нарушается контроль над работой сфинктеров.

*Шестой этап.* Данный этап характеризуется полной беспомощностью человека.

Процесс психопатологии старости сопровождается развитием различных заболеваний, которые осложняют процессы геронтогенеза пожилого человека. Заболевания, которые активизировались в старческом возрасте, были «приобретены» в течении жизненного цикла и как правило имеют хронические формы.

*Подходы к пациентам с учетом внутренней картины заболевания*

Наиболее жизненно значимыми изменениями, происходящими в организме человека по мере старения, являются изменения, затрагивающие работу головного мозга. С возрастом снижается масса мозга, уменьшается количество нейронов в коре и других его структурах.

Максимум веса мозга для женщины приходится на 20 лет, для мужчин - на 35 лет, в последующем вес мозга плавно снижается. Есть данные, что головной мозг после 40 лет ежедневно теряет около 5 млн нейронов (исходно в головном мозге содержится 100 млрд клеток). Общее число нервных клеток у стариков снижается до 50%.

С одной стороны, гибнут клетки, не имеющие функциональной нагрузки (атрофия покоя), с другой - гиперактивные клетки (ускоренный износ). В нейронах снижается обмен и синтез нейромедиаторов - биохимических компонентов, с помощью которых передается возбуждение с одного нейрона на другой (дофамин, норадреналин, серотонин).

В конечном итоге атрофируются извилины, расширяются борозды, что особенно выражено в лобных и височных долях. В итоге ослабляются тормозные влияния коры на подкорку, снижается память, преимущественно кратковременная, угасают старые условные рефлексы, трудно вырабатываются новые, снижаются когнитивные способности, способность к обучению.

Однако следует отметить, что интеллектуальные способности в пожилом возрасте понижаются не всегда. В нейрогериатрии существует представление о так называемом нормальном старении мозга. Это закономерные инволютивные изменения головного мозга, допустимые в пожилом возрасте и не являющиеся основанием для какого-либо диагноза.

Характерны сложности при вспоминании названий предметов и дат событий, несмотря на сохранение памяти на собственно события. Также пожилые люди иногда не могут вспомнить недавно полученную информацию или новые имена. При этом характерно, что данные изменения непродолжительные, возникают во время усталости, психоэмоциональных перегрузок, после перенесенных вирусных инфекций, тяжелых заболеваний, операций и пр. и не оказывают существенного влияния на качество жизни. Этот тип нарушения памяти называют доброкачественной старческой забывчивостью или связанными с возрастом нарушениями памяти.

При этом типе, в отличие от деменции, нарастания нарушений не происходит в течение многих лет или оно минимально, поэтому этот тип нарушения памяти значительно не влияет на профессиональную и повседневную деятельность человека. В целом при естественном старении когнитивные функции существенно не страдают, тогда, как быстрое прогрессирование когнитивных расстройств может перерасти в деменцию, снижению качества жизни пожилого человека, нуждаемости его в посторонней помощи.

*Деменция* – это приобретенное снижение памяти и других высших мозговых функций в такой степени, что приводит к прогрессирующему затруднению выполнять повседневные виды деятельности, росту зависимости от посторонней помощи и снижению качества жизни. Это процесс, характеризующийся деградацией всей психической деятельности.

Согласно МКБ-10, деменция (слабоумие) – это заболевание, обусловленное поражением головного мозга хронического прогрессирующего характера, при котором нарушаются высшие корковые функции (память, мышление, ориентация, понимание, счет, способность к обучению, речь и суждения), но сознание не затемнено.

К развитию деменции приводят различные заболевания или травмы, которые приводят к поражению головного мозга, чаще всего – болезнь Альцгеймера или инсульт. Способствуют прогрессированию когнитивных нарушений и деменции не только возраст или развитие болезни Альцгеймера, но также и другие заболевания, например: артериальная гипертензия, сахарный диабет. Распространенность деменции в возрасте 65 лет составляет 5%, а в возрасте 80 лет – уже 20-25%.

*Деменция* – это одна из основных причин зависимости пожилых людей во всем мире. Выделяют три стадии деменции – раннюю, среднюю и позднюю.

*На ранней (легкой) стадии* у человека развивается ухудшение памяти, наиболее заметное в области усвоения новой информации, может быть часто повторяющаяся забывчивость, нарушается способность к ориентации в знакомой местности, теряется счет времени. На этой стадии при своевременной диагностике деменции можно удлинить период активной жизнедеятельности, затормозить скорость потери памяти, а также возможно пожилому человеку сохранить независимое проживание.

*В средней (умеренной) стадии* деменции нарушение памяти представляет собой серьезное препятствие для повседневной жизни. Удерживается только очень хорошо усвоенный или очень знакомый материал. Новая информация удерживается лишь случайно или на очень короткое время. Человек теряет ориентацию во времени и пространстве, может заблудиться в собственной квартире, в которой жил много лет, появляются значительные трудности в общении и уходе за собой.

*Поздняя (тяжелая) стадия* деменции характеризуется полной неспособностью усвоения информации, снижением критики и мышления, практически полной зависимостью от посторонней помощи в связи с потерей ориентации во времени и пространстве, трудностями в узнавании близких людей, проблемами в передвижении, значительными отклонениями в поведении, включающими агрессивность.

В преклонном возрасте наиболее характерны деменции, т.е. приобретенное слабоумие (лат. de - прекращение, утрата; mens, mentis - ум). Недостаточность интеллекта является стержневым проявлением деменции. Наблюдаются также всесторонние нарушения познавательной деятельности, расторможенность низших эмоций и влечений, волевая слабость, расстройства ассоциативных процессов, оскудение памяти, обеднение речи и понятийного аппарата, глубокое снижение личности. Крайняя степень деменции - характеризуется полным распадом психики, утратой речи, навыков самообслуживания.

В работе *В. И. Циркина* и др. "Нейрофизиология: физиология памяти" сообщается, что более 35 млн человек во всем мире живут с деменцией и это число возрастает почти вдвое каждые 20 лет, при этом частота необнаруженной деменции составляет около 61,7%.

Этиология деменций связана с грубым органическим поражением головного мозга. В зависимости от ведущей причины выделяют деменции атеросклеротические, посттравматические, алкогольные, эпилептические, шизофренические; деменции при болезнях Альцгеймера, Пика, Паркинсона, Гентингтона, Крейцфельда - Якоба; при заболеваниях, обусловленных ВИЧ; сифилитические; токсические и др. Каждая из них имеет свои психопатологические отличия, позволяющие проводить дифференциальную диагностику по этиологии болезни и по локализации поражения в головном мозгу. Эти особенности отражены в названиях ряда деменций.

В работе *В. А. Деречи* "Психопатология" выделены следующие деменции.

*Тотальная деменция*, глобальная, наблюдается при массивных и диффузных органических процессах в головном мозгу (старческое слабоумие, прогрессивный паралич, болезни Альцгеймера и Пика и др.). Характеризуется распадом всех познавательно-интеллектуальных функций, грубым расстройством самосознания и ядра личности. Больные могут не знать ни своего дня рождения, ни основных дат своей жизни и жизни родных. Утрачивается чувство ситуации, исчезает стыд. Полностью распадаются знания, навыки, способность к самообслуживанию.

Болезнь Альцгеймера является наиболее распространенной формой деменции. Впервые была описана в 1907 году немецким психиатром Алоисом Альцгеймером (1864—1915). Как правило, она обнаруживается у людей старше 65 лет, но существует и ранняя болезнь Альцгеймера — редкая форма заболевания. Каждый год 46 млн людей во всем мире

страдают болезнью Альцгеймера. Как правило, болезнь начинается с малозаметных симптомов, но с течением времени прогрессирует. Наиболее часто на ранних стадиях распознаётся расстройство кратковременной памяти, например, неспособность вспомнить недавно заученную информацию. С развитием болезни происходит потеря долговременной памяти, возникают нарушения речи и когнитивных функций, пациент теряет способность ориентироваться в обстановке и ухаживать за собой. Постепенно потеря функций организма ведёт к смерти.

*Парциальная деменция* наступает при таких поражениях головного мозга, которые не сопровождаются распадом ядра личности и её самосознания. Входит в структуру неглубоких расстройств интеллекта в рамках органического психосиндрома.

*Лакунарная деменция* возникает при очаговых поражениях головного мозга (сифилис головного мозга, инсульт, травматические поражения, опухоли головного мозга). Характерны расстройства не столько собственно интеллекта, сколько его предпосылок (памяти, мышления, праксиса, гнозиса и т. д.). Ядро личности долгое время может быть сохранным, что проявляется прежде всего достаточным уровнем морально-этических свойств.

*Атактическая деменция* свойственна шизофрении. Связана с прогрессирующим расщеплением (схизисом) между отдельными психическими функциями, с неспособностью личности обеспечить цельное интеллектуальное функционирование. Речь и мышление больных отличается разорванностью, соскальзыванием, алогичными сочетаниями и т. п.

*Концентрическая деменция* наблюдается при эпилепсии других органических процессах (после черепно-мозговых травм, после энцефалитов). Проявляется прогрессирующим снижением интересов личности ко все большему числу внешних вопросов и все большей (концентрической) сосредоточенностью на себе, на своём Я, на своём теле, своей болезни.

*Прогрессирующая деменция.* Деменция может быть стойким мало обратимым дефектом после каких-то поражений головного мозга (травма, инсульт, отравление) и может быть слабо усиливающим процессом, набирающим силу и движущимся в направлении маразма. Особенно типична прогрессирующая деменция для поздних атрофически дегенеративных процессов.

Среди болезней, налагающих большую нагрузку на общество в развитых странах, болезнь Альцгеймера и деменция в целом могут занимать одно из первых мест. В развивающихся странах, таких как Аргентина, и новых развитых странах (Южная Корея), общественные затраты также высоки и продолжают расти. Вероятно, они поднимутся ещё выше по мере старения общества и станут важной социальной проблемой. В число затрат входят прямые

медицинские расходы на содержание домов престарелых и немедицинские — на домашний уход за больным, и косвенные расходы, например, потеря производительности — как пациента, так и человека, заботящегося о нём. Приводимые в исследованиях оценки разнятся, но в целом по всему миру затраты на деменцию могут составлять около 160 млрд долл., а в США — около 100 млрд долл. ежегодно.

Кроме деменции, к расстройствам интеллекта у пожилых пациентов относится также лёгкое когнитивное расстройство, которое проявляется снижением умственной продуктивности за счет появления рассеянности, забывчивости, трудности концентрации внимания, трудности в обучении и (или) повседневном функционировании. Всё это сопровождается чувством психической усталости. Такие состояния обычно сопутствуют физическим заболеваниям или отмечаются в начальных периодах психической патологии.

Для лиц старшей возрастной группы характерна также болезнь Паркинсона (*синонимы: идиопатический синдром паркинсонизма, дрожательный паралич*) — медленно прогрессирующее хроническое нейродегенеративное неврологическое заболевание моторной системы с преимущественным поражением экстрапирамидных дофаминергических нейронов. Вызвано прогрессирующим разрушением и гибелью нейронов, вырабатывающих нейромедиатор дофамин, — прежде всего в чёрной субстанции, а также и в других отделах центральной нервной системы. Недостаточная выработка дофамина ведёт к тормозному влиянию базальных ганглиев на кору головного мозга.

Проявления болезни Паркинсона были описаны за несколько тысячелетий до опубликования в 1817 году Джеймсом Паркинсоном «Эссе о дрожательном параличе». Болезнь является наиболее частым нейродегенеративным заболеванием после болезни Альцгеймера. Двигательные и немоторные нарушения оказывают негативное влияние на повседневную активность и качество жизни таких пациентов. В мире насчитывается около 7-10 миллионов больных болезнью Паркинсона. Эти цифры к 2030 году будут увеличены в два раза в связи с постарением населения.

Для нее характерны 4 двигательных нарушения: тремор, гипокинезия, мышечная ригидность, постуральная неустойчивость, — а также вегетативные и психические расстройства.

*Тремор (дрожание)* — наиболее очевидный и легко выявляемый симптом. Для паркинсонизма характерен тремор, возникающий в покое, хотя редко возможны и другие типы (постуральный, интенционный). Его частота 4—6 Гц (движений в секунду). Он обычно начинается в дистальном отделе одной руки, при прогрессировании заболевания распространяясь на противоположную руку и на ноги. Разнонаправленные движения



большого и других пальцев внешне напоминают счёт монет или скатывание пилюль (схожесть с ручной техникой создания пилюль в фармацевтике). Иногда также отмечается дрожание головы по типу «да-да» или «нет-нет», дрожание век, языка, нижней челюсти. В редких случаях оно охватывает всё тело. Тремор усиливается при волнении и стихает во время сна и произвольных движений. В отличие от мозжечкового тремора, который появляется при движении и отсутствует в покое, при болезни Паркинсона типично его наличие в покое и уменьшение или исчезновение при движениях

*Гипокинезия* — снижение спонтанной двигательной активности. Больной может застывать, часами сохраняя неподвижность. Характерна общая скованность. Активные движения возникают после некоторого промедления, темп их замедлен — брадикинезия. Больной ходит мелкими шагами, ступни при этом располагаются параллельно друг другу — кукольная походка. Лицо маскообразное (амимия), взгляд застывший, мигания редкие. Улыбка, гримаса плача возникают с запозданием и так же медленно исчезают.

Речь лишена выразительности, монотонна и имеет тенденцию к затуханию. В результате характерного для болезни Паркинсона уменьшения амплитуды движений почерк становится мелким — микрография.

Одним из проявлений олигокинезии (уменьшение количества движений) является отсутствие физиологических синкинезий (содружественных движений). При ходьбе руки не совершают обычных размашистых движений, они остаются прижатыми к туловищу (ахейрокинез). При взгляде вверх не отмечается наморщивания лба. Сжатие пальцев в кулак не сопровождается разгибанием кисти. Больной не может выполнять несколько целенаправленных движений одновременно. Все действия напоминают автоматические.

*Мышечная ригидность* — равномерное повышение тонуса мышц по пластическому типу. Конечности при их сгибании и разгибании застывают в приданном им положении. Такая форма повышения мышечного тонуса называется «пластической восковой гибкостью». Преобладание ригидности в определённых группах мышц приводит к формированию характерной позы просителя (также называют «поза манекена»): больной сутулится, голова наклонена вперёд, полусогнутые в локтевых суставах руки прижаты к телу, ноги также слегка согнуты в тазобедренных и коленных суставах. При пассивном сгибании-разгибании предплечья, головы, круговых движениях в лучезапястном суставе можно ощутить своеобразную прерывистость, ступенчатость напряжения мышц — «симптом зубчатого колеса».

Изменения мышечного тонуса ведут к нарушению тенденции конечности к возвращению в исходную позицию после совершённого движения. Например, после



резкого пассивного тыльного сгибания стопы она некоторое время сохраняет приданную ей позицию — феномен Вестфала.

*Постуральная неустойчивость* развивается на поздних стадиях заболевания. У больного отмечаются затруднения преодоления как инерции покоя, так и инерции движения. Больному сложно начать движение, а начав его, трудно остановиться. Возникают явления пропульсии (лат. *propulsio* — проталкивание вперёд), латеропульсии и ретропульсии. Они выражаются в том, что, начав движение вперёд, в сторону или назад, туловище обычно как бы опережает ноги, в результате чего нарушается положение центра тяжести. Человек теряет устойчивость и падает. Иногда у больных определяют «парадоксальные кинезии», когда вследствие эмоциональных переживаний, после сна либо вследствие других факторов человек начинает свободно передвигаться, пропадают характерные для заболевания симптомы. Через несколько часов симптоматика возвращается.

*Вегетативные и психические расстройства.* Кроме нарушений двигательной сферы, при болезни Паркинсона отмечаются вегетативные расстройства, а также нарушения обмена веществ. Следствием может быть либо истощение (кахексия), либо ожирение. Секреторные расстройства проявляются сухостью кожных покровов, особенно лица, повышенным слюноотделением, избыточной потливостью.

Психические расстройства при болезни Паркинсона могут быть обусловлены как самим заболеванием, так и антипаркинсоническими препаратами. Начальные признаки психоза (страх, растерянность, бессонница, галлюцинаторно-параноидное состояние с нарушением ориентировки) отмечают у 20 % амбулаторных и двух третей больных с тяжёлой формой паркинсонизма. Слабоумие выражено слабее, чем при сенильной деменции. У 47% наблюдают депрессии, у 40% — расстройства сна и патологическую утомляемость. Больные безынициативны, вялы, а также назойливы, склонны к повторению одних и тех же вопросов.

Современная медицина пока не может излечить это заболевание, однако существующие методы консервативного и оперативного лечения позволяют значительно улучшить качество жизни больных и замедлить прогрессирование болезни

Адекватная терапия замедляет развитие ряда симптомов, ведущих к потере трудоспособности больных (мышечной ригидности, гипокинезии, постуральной неустойчивости и др.). Однако через 10 лет с момента начала заболевания трудоспособность большинства больных значительно снижена.

Продолжительность жизни больных снижена. Трудоспособность у данных больных стойко и необратимо утрачивается, в зависимости от выраженности неврологических нарушений больным назначается группа инвалидности.

Прогноз условно неблагоприятный — болезнь Паркинсона неуклонно прогрессирует. Симптомы нарушения движений развиваются наиболее быстро. Больные, не получающие лечения, в среднем теряют возможность обслуживать себя самостоятельно через 8 лет от начала заболевания, а через 10 лет становятся прикованными к постели.

### **13.1. Особенности начальной фазы работы с клиентом при осложненной госпитализации**

#### *13.1.1. Теоретические подходы к методам оценки пациента социальным координатором*

Социальный координатор устанавливает доверительные отношения с потребителем социальных услуг. В процессе беседы выявляется запрос, определяется проблемная ситуация. В процессе выявления первичного запроса уделяется внимание факторам потенциальных и возможных рисков и угроз.

При необходимости на данном этапе оценивается степень функциональных ограничений потребителя услуг на основе предварительной беседы, а также документов, подтверждающих в необходимости специальных видов реабилитационных и/или терапевтических интервенций.

В ситуации кризисных состояний (ситуация горя и утраты, пред суицидальными состояниями и других) клинический социальный работник проводит соответствующие интервенции или оперативно подключает к этой ситуации специалистов, помогающих разрешать данные ситуации.

Социальный координатор в процессе первичной встречи предварительно определяет необходимые ресурсы социального обслуживания и информирует клиента о возможностях получения помощи и ее объемах, на основе запроса и действующего законодательства, а также их периодичности и длительности.

На данной фазе отношения между социальным координатором и пациентом должны способствовать сбору первичной информации по проблеме и ее оценке. При этом оценка дает возможность понять его беспокойства, а самое главное первичная оценка дает возможность сформировать гипотезу проблемы, которая будет либо уточняться, либо отвергаться на последующих фазах работы.

В работе на данной фазе большое внимание уделяется его вопросам, тревогам, ожиданиям, представлениям о возможностях социального агентства при больнице и в

какой мере, профессиональная помощь может способствовать разрешению сложившейся проблемы.

Социальные координаторы должны уточнить был ли у пациента опыт обращения за помощью в социальные службы или консультанту. Какие темы он не хотел бы обсуждать с социальным координатором в контексте его проблемы. На данной фазе работы необходимо выяснить, какие барьеры и страхи могли бы осложнить работу по разрешению проблемы.

После информирования и разъяснения потребителю социальных услуг его прав и возможностей, обсуждается предварительный план индивидуальной программы помощи, оформляются документы на прием социального обслуживания.

Данная фаза работы с клиентом очень важная. Она включает в себя комплекс определенных настроек, среди них важнейшими являются установление доброжелательных эмпатических отношений.

*Для этого необходимо:*

- мысленно поставить себя на место клиента,
- обратить внимание на эмоциональное состояние и его изменение в процессе беседы,
- видеть какие эмоции испытывает потребитель социальных услуг в настоящий момент,
- обратить внимание на невербальное поведение клиента (положение рук, ног, осанку, жестикуляцию, тембр голоса и т.д.).

Установка доброжелательных и рабочих отношений, важнейший этап подготовки к оценке проблемы клиента, поскольку без этого невозможно получение необходимой информации и определение проблемных областей ситуации клиента.

### *13.1.2. 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 и т.д.)
- соматические проблемы (психосоматические расстройства, расстройства пищевого поведения и т.д.)
- поведенческие проблемы (нарушения поведения, пассивно-агрессивное поведение, рисковое поведение и т.д.)
- производственные проблемы (профессиональные, обучения и т.д.)

- институциональные проблемы (брачно-семейные проблемы, проблемы воспитания и т.д.)

Оценка в клинических моделях технологии социальной работы строится исходя из системного подхода к ситуации клиента, где он осмысливается в системе важнейших средовых факторов. Таким образом, модель оценки клиента осмысливается 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, имеющие свои предметные языки и инструменты оценки.

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 оценки являются модели, анализирующие социальное функционирование клиента и проблемы окружающей среды, осложняющей жизнедеятельность клиента.

**Таблица 13.2.**

**Основные модели оценки психосоциальной практики.  
Структура оценивания**

PIE фактор I. Проблемы социального функционирования	PIE фактор II. Экологические проблемы
1. Социальная роль, в которой определяется специфическая: <ul style="list-style-type: none"> <li>• семейная роль (родителя, супруга, ребенка, брата, других членов семьи)</li> </ul>	1. Социальная система (шесть основных систем подкатегорий): <ul style="list-style-type: none"> <li>• экономические/базовые потребности в системе проблем</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• другие межличностные роли (друг, сосед, член сообщества, и другие)</li> <li>• профессиональные роли (работник-платная, рабоче-домашний, работник-волонтер, студент и другие)</li> <li>• специальные жизненные роли (потребитель, стационарный клиент, амбулаторный клиент, «иммигрант правовой», «иммигрант нелегальный», «иммигрант-беженец», и другие)</li> </ul> <p>2. Тип проблемы, на основе социальных ролей (девять типов: власть, амбивалентность, ответственность, зависимость, потеря, изоляции, смешанные и другие).</p> <p>3. Опасности и риски (оценивается по 6-балльной шкале)</p> <p>4. Продолжительность проблемы (шесть категорий)</p> <p>5. Способность клиента справиться с проблемой (шесть уровней)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• образование и обучение в системе проблемы</li> <li>• судебно-правовые проблемы в системе</li> <li>• здравоохранение, безопасность и проблемы социального обслуживания</li> <li>• общественные объединения поддержки в системе проблем</li> <li>• волонтерская поддержка в системе проблемы</li> </ul> <p>2. 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.)</p> <p>3. Опасности и риски (оценивается по 6-балльной шкале)</p> <p>4. Продолжительность проблемы (шесть категорий)</p>
--	--

### 13.2. Особенности коммуникаций с пациентами при острых и тяжелых заболеваниях

Сложность общения с пожилыми людьми заключается не только в особенностях психологии, как стадии развития человека с определенными функциями и задачами возраста. Проблемы заключаются в том, что пожилые люди имеют достаточно широкий спектр заболеваний, как отмечают специалисты в основном, когда речь идет о заболеваниях, профессионалы сталкиваются с комплексом болезней, мультиморбидными заболеваниями, которые более часто встречаются среди женщин пожилого и престарелого возраста.

Медицинские проблемы вносят коррективы в процессы общения, психологическое состояние пожилого человека при различных заболеваниях определяют стили поведения, систему коммуникации, формируют определенные барьеры в общении между профессионалом и пожилым человеком.

Проявление заботы над такими пожилыми людьми в процессе общения затруднено по их индивидуальным особенностям. Достаточно сложен процесс общения, поскольку

круг интересов может ограничиваться проблемами индивидуального здоровья. И в этой связи общение может идти на негативном эмоциональном фоне, агрессивном поведении, обвинениях в бездеятельности со стороны помогающих структур, претензиях личного характера.

Общение может быть затруднено из-за особенностей здоровья пожилого человека, его функциональных возможностей, которые связаны с ослаблением слуха, зрения, трудностями речи, возникшими в результате заболевания. Заболевания пожилого человека осложняют коммуникаций в течении всего процесса сообщения, от обращения до получения обратной связи, которую необходимо постоянно уточнять, в ситуации, когда физические возможности пожилого человека достаточно ограничены.



Рис. 12.7. Особенности коммуникаций при психопатологиях

### 13.2.1. Общие подходы к психопатологии старости и влиянию заболеваний на процесс общение

Психопатология старости – это один из сценариев старости, и не обязательно, что все пожилые люди на последнем этапе жизни будут находиться в ситуациях активизации заболеваний. Тем не менее социальные работники должны знать различные подходы работы с пожилыми людьми, в том числе и на основе клинических случаев.

Многие заболевания изменяют психологическое состояние пожилого человека, и как результат это приводят к эмоциональным, поведенческим, когнитивным изменениям, что находит отражение на процессах общения.

Так, например, директор Научного центра по изучению инсульта Минздрава России, Н. Верещагин считает, что 2/3 всех инсультов диагностируется у пациентов старше 60 лет. По мнению, российских специалистов постинсультная депрессия поражает свыше 50% пациентов, перенесших данное заболевание.

По механизму развития — это тип депрессии специалисты относят к «реактивной депрессии», в основе которой разрушение повседневного паттерна поведения, с соматическими осложнениями. Наиболее выраженные характеристиками являются:

- эмоциональные факторы: тоска, пессимизм, тревога, страхи,
- поведенческие факторы: инертность, демотивированность, отсутствие активности,
- когнитивные факторы: снижения уровня мышления, внимания, памяти, фиксация на образе «жертва обстоятельств»,
- соматически факторы: нарушение биоритмов, астения, нарушение сна.

Барьерами в коммуникациях могут выступать, не только различные ролевые позиции и изменения в эмоциональной и поведенческой сфере пожилого человека.

Осложнения в коммуникациях могут приносить специфические заболевания, которые требуют употребления медикаментозных средств, которые имеют побочные эффекты, влияющие на изменение коммуникативных возможностей престарелых людей. С другой стороны, есть ряд заболеваний, которые осложняют артикуляцию, что приводит либо к осложнению в коммуникациях, либо делают ее невозможной.

*Дизартрия* (расстройство с членораздельной речью) Термин, который означает, что человек имеет трудности с речью, в результате поражения центральной нервной системы, нарушается артикуляция. Пожилой человек не в состоянии формировать (артикулировать) слова, в результате чего речь невнятная или трудная для понимания. Также различные травмы мозга, могут привести к утрате речевых функций.

*Заболевание легких.* Такие болезни как, ХОБЛ, бронхиальная астма у пожилого человека часто приводят к дыхательной недостаточности, сопровождаются одышкой, которая затрудняет способность говорить, а также влияет на слух и понимание.



*Афазия.* Это заболевание, при котором происходит локальное отсутствие или расстройство уже сформировавшейся речи, может быть, как рецептивной, так и экспрессивной. Данный тип нарушения включает в себя потерю способности называть предметы, складывать предложения в целостные конструкции, понимать и действовать в соответствии с тем, что как слышится, читается или пишется. Экспрессивная афазия включает в себя потерю способности выразить себя через речь, а рецептивная афазия включает в себя потерю способности понимать произносимые слова.

*Инсульт.* Поражение головного мозга в результате кровоизлияния или недостаточного кровоснабжения (ишемии) в определенных областях, может приводить либо к экспрессивной, либо рецептивной афазии.

*Деменция.* Тяжелая стадия деменции характеризуется полной неспособностью усвоения информации, с постепенным нарушением речевых функций, вплоть до полной их утраты. Утрата речевых функций осложняет коммуникации пожилого человека, не дает возможность осуществлять общение.

**Лайфхак по общению с дизартрическим клиентом**

*Планируйте больше времени для общения. Организуйте беседу в спокойном месте, чтобы никто не и ничто не прерывало общение. Будьте честными, давайте понять клиенту, когда не понимаете его. Если трудно понять, что он говорит в настоящий момент – вернитесь назад. Помните, что дизартрия не влияет на интеллект пожилого человека. Всегда проверяйте насколько эффективны способы помощи клиенту такие как угадывание, заканчивание предложения или написание текста.*

**13.2.2. Общие и специальные методы общения с пожилыми людьми при различных заболеваниях**

Общение с пожилыми людьми при различных заболеваниях имеет особые подходы, учитывая психофизиологические и психосоматические состояния пожилых и престарелых людей. Наряду с общими требованиями к общению: активному слушанию, организации пространства, речевому взаимодействию, эмпатическому слушанию и видению, есть ряд требований, которые позволяют устанавливать контакты в условиях ограниченного социального функционирования человека.

**Общие подходы к общению с пожилыми людьми при различных заболеваниях**

Перед процессом общения необходимо установить наличие сенсорных проблем у пожилого человека. Такие факторы как когнитивные нарушения, или потеря слуха могут затруднить общение. Как свидетельствуют исследования, почти треть людей старше 65 лет



имеют проблемы со слухом, четверть пожилых людей старше семидесяти пяти лет сообщают о проблемах со зрением. Они по-разному влияют на людей, но эти факторы необходимо учитывать при организации беседы.

При организации общения с пожилыми людьми, имеющими функциональные ограничения используют предварительные малоформализованные методики, позволяющие оценить функциональные возможности человека к регулярным сессиям общения. Одним из таких методов является метод структурированной беседы О. Кенберга.

Если процесс общения возможен, то он осуществляется с учетом тех функциональных ограничений, которые есть у пожилого человека.

Устанавливая зрительные контакты и осуществляя необходимые подстройки, необходимо использовать низкий голос, речь должна быть медленной с четкой артикуляцией.

Необходимо отрегулировать не только скорость и тональность речи, но и громкость разговора. Если пожилые люди имеют проблемы со слухом, то говорить необходимо громко, но с дементными пожилыми говорят медленно и в тихой тональности, чтобы избежать непонимания, что их ругают.

Слушателю необходимо задавать только один вопрос, большее количество вопросов приводят к путанице. Если вопрос не понят с первого раза, повторяйте ключевые слова. Кивайте и улыбайтесь лишь только в том случае, если пожилой человек адекватно отреагировал на вопрос или сообщение.

Общение должно осуществляться строго в пределах поля зрения человека, смотрите ему в лицо, когда разговариваете. Приветствуя, говорите нормальным тоном, как бы Вы приветствовали любого другого человека. Минимизируйте свои жесты, чтобы они не рассеивали его внимание.

Осуществляйте последовательность в действиях. Свои указания разбейте на ряд простых шагов, переходите последовательно от одного шага к другому. Делайте эти действия медленно, дайте необходимое время для реализации этого шага пожилому человеку. Не торопите его выполнять эти действия.

### *Специальные методы общения с учетом функциональных ограничений пожилого человека*

Общение с пожилыми с функциональными ограничениями осуществляется по тем же принципам, но только необходимо делать определенные акценты, чтобы избежать коммуникативные барьеры.

*Методы общения с пожилыми людьми с афазией.* Коммуникации выстраиваются как со взрослым человеком, неприемлем покровительственный тон, общение с использованием «детских фраз». «уменьшительно-ласкательной» лексики. Общение с людьми с афазией требует особого терпения, необходимо иметь достаточное время для общения. Во время беседы необходимо создать спокойную обстановку.

Задавайте вопросы таким образом, чтобы на них можно было ответить кивком или морганием глаз. Если Вы не можете понять человека, то это необходимо до него донести. Даже в этой ситуации общение строится исходя из интересов пожилого человека.

В процессе общения используйте визуальные сигналы, предметы, картинки, жесты, позы, прикосновения, а также слова. Имейте при себе бумагу и ручку, чтобы писать сообщение и получать обратную связь. Обращайте внимание на жесты, позу, выражение лица во время сообщения.

Поощряйте всяческую речь. Не прерывайте человека, позвольте ему попытаться завершить свою мысль, дайте возможность сформулировать ее, избегайте быстрого угадывания то, что он пытается выразить. Не выполнение этих требований может существенно затруднить процесс коммуникаций.

*Общие подходы к методам общения с клиентами, имеющими когнитивные нарушения*

**И ПОМНИТЕ!**  
**Лайфхак от профессионалов**  
*-Любовь и забота – лучшее лекарство!*  
*-А если не поможет?*  
*-Увеличьте дозу!!!*

Общение с пожилыми людьми с когнитивными ограничениями требует определенных правил при общении. Необходимо планировать достаточно большое количество времени для общения, так как необходимо разговаривать достаточно медленно, необходимо предоставлять больше времени на ответ клиенту.

Необходимо в комнате, где происходит общение устранить всевозможные факторы, которые могут отвлекать внимание. Существует большая вероятность того, что человек не захочет с вами общаться, в этом случае не принуждайте его к разговору. Если с Вами идут на контакт, то сядьте вплотную к нему и повернитесь на уровне его глаз. В процессе беседы обращайте внимание на позу его тела, мимику, жесты, кивки особенности зрительного контакта. Демонстрируйте ему свои позитивные чувства. Относитесь к нему с достоинством и уважением. Уходя поблагодарите человека за уделенное время на общение, оказанное внимание и предоставленную информацию.

*Основные правила общения с подопечным с деменцией* - это научиться слушать и слышать человека с деменцией:

- когда человек с деменцией показывает, что хочет, что-то сообщить вам, поддержите его и постарайтесь ему помочь по мере возможности.
- если он не может найти нужное слово, задайте наводящий вопрос или попробуйте подсказать это слово, опираясь на контекст;
- если ему не удастся завершить начатую фразу, предложите варианты, дав возможность выбрать самый подходящий;
- для лучшего понимания обращенной к Вам речи, если она представляется сбивчивой и малопонятной, максимально привлекайте знания о характере и привычках, сопоставляя прошлый опыт и ситуацию общения. Это поможет достроить недостающие для понимания фрагменты;
- следите за реакцией человека, чтобы убедиться в правильности догадки;
- иногда достаточно просто выслушать человека, даже не до конца понимая смысла его слов, дав ему выговориться и показав, что Вам небезразличны его слова.

*При разговоре с подопечным с деменцией*

- Задайте положительный настрой в общении, говорите мягко и предупредительно.
- Инициатива в разговоре должна принадлежать Вам.
- Убедитесь, что Вам удалось привлечь его внимание к Вашим словам.
- Ограничьте воздействие факторов, отвлекающих внимание.
- Говорить нужно медленно и плавно.
- Ваши фразы, обращенные к человеку, должны быть короткими и простыми.
- Поскольку ему нужно больше времени, чтобы понять Ваши слова, чаще делайте паузы.
- Избегайте прямых вопросов.
- Формулируйте вопрос так, чтобы на него можно было ответить - односложно (да/нет/не знаю).
- Если он не понимает вас даже после повтора фразы, сформулируйте ту же мысль иначе.
- Говорите об отдаленном прошлом.
- Не забывайте относиться к происходящему с юмором, направляя его не на личность человека, а на ситуации.
- Даже если он перестал реагировать на Ваши фразы и понимать их, не стоит говорить в его присутствии о нем в третьем лице.

- При агрессии, ни в коем случае нельзя вступать в перепалку с человеком с деменцией, надо пытаться контролировать себя, сохранять самообладание.

#### *Методы общения с пожилыми людьми с нарушением слуха*

Прежде чем начать общение с пожилым человеком с нарушением слуха необходимо выполнить ряд условий для эффективной коммуникации. Прежде всего необходимо устранить всевозможные шумы, которые смогут осложнять коммуникации. Перед тем как начать общение с пожилым человеком, необходимо расположиться непосредственно против него, убедиться, что с его стороны существует внимание, что Вы находитесь по отношению к нему на достаточно близком расстоянии, и что он видит Вас.

Во время разговора смотрите прямо в лицо слабослышащему человеку, по возможности будьте с ним на одном уровне. Говорите в обычной манере, не кричите, если Вас не понимают, то найдите другой способ сообщить тоже самое, но не повторяйте исходные слова снова и снова. Используйте короткие предложения, простые слова, чтобы было легче понять собеседнику.

При затруднении, пишите свое сообщение. Общаясь с человеком с ослабленным слухом не торопитесь, так это может привести к стрессовой ситуации, что создаст барьер для общения.

#### *Методы общения с пожилыми людьми с нарушением зрения*

Если Вы входите с человеком с нарушением зрения в комнату, то опишите планировку, нахождение предметов, расположение мебели, создайте представление об организации пространства, чтобы человеку было легче ориентироваться.

Прежде прикоснуться к человеку назовите свое имя. Позвольте ему взять вашу руку для руководства, разрешит прикоснуться к вам. Спросите, чем Вы можете помочь ему, нужна ли еще какая-либо помощь в ориентации. Относитесь к нему как зрячему человеку, употребление таких слов «видеть». «смотреть» не являются травматичными для них, и могут быть использованы при общении.

В остальном процесс коммуникации осуществляется на основе общих принципов общения с пожилыми людьми.

Особую группу общения представляют пожилые люди с деменцией, но особенностям коммуникации с ними, но мы остановимся на этом в отдельном разделе.

Коммуникации – это сложный процесс, который состоит из определенных структурных элементов. Принято выделять следующие элементы как контекст, участники, сообщение, канал, наличие или отсутствие шумов, обратная связь. Общение между людьми состоит из этих составляющих.

Коммуникации не просто формальный акт взаимодействия, а они имеют определенную содержательную и эмоциональную окраску, все это привносят участники общения. Общение с пожилыми людьми основано на этических и профессиональных деонтологических принципах в основе которых забота и уважение о пожилым человеке.

Проявление заботы и уважения о пожилым человеке требует от профессионала определенных действий, как по организации среды, так и по учету индивидуальных особенностей пожилого человека, которые могут усложнять процесс коммуникаций.

Общение с пожилыми людьми имеет особенности не только на уровне коммуникаций, но и на уровне осложненного социального функционирования. Пожилые люди имеют, особенно после определенного возраста, достаточно большое количество заболеваний, которые усложняют процесс коммуникаций, что необходимо учитывать в процессе общения.

Как считают специалисты, определенные заболевания привносят особенности в процесс общения, требуют их учета, создание специальных условий для организации коммуникаций.

### **13.3. Коммуникативные технологии социального координатора при различных типах взаимодействия**

Как мы уже говорили выше, под коммуникативной технологией следует понимать систему алгоритмов, процедур, способов и средств, комплексное применение которых ведет к заранее намеченным результатам деятельности, гарантирует получение продукта заданного количества и качества.

Коммуникативная технология - это процесс последовательного, пошагового, разработанного на научной основе решения какой - либо проблемы, имеющей организационную или социальную значимость. Использование в коммуникации технологий позволяет управлять организационными или социальными процессами.

Целесообразно рассмотрение коммуникативной технологии в двух аспектах: с формально-описательной стороны, что предполагает описание целей, которых можно достичь с помощью этих технологий, средств, алгоритмов действий, которые надо применять, чтобы этих целей достичь, и с процессуальной стороны, исследуя последовательность применения всех компонентом модели определенной коммуникативной технологии, условия изменения этих компонентов в зависимости от ситуации, особенностей субъекта и адресата.

Коммуникативную технологию отличает высокая техничность, которая снижает влияние человеческого фактора на процессы в организации. Технологический подход к коммуникации позволяет предсказывать результаты коммуникации, повысить

результативность и контролировать ее. Использование в коммуникации коммуникативной технологии направлено на получение конкретного результата. Для любой технологии цель определяется очень точно, и использование объективных методов контроля дает возможность снизить роль субъективного фактора в коммуникации, в оценке ее эффективности. Технологии в коммуникациях позволяют снизить зависимость результата коммуникации от коммуникативной компетентности участников процесса общения, а также уменьшить эффект влияния неблагоприятных обстоятельств на человека. Технологизация создает предпосылки для формирования унифицированного коммуникативного пространства в сфере профессиональных и социальных взаимодействий.

К коммуникативным технологиям (услугам), предоставляемым социальными координаторами пожилым пациентам в медицинских организациях, при осложненной госпитализации относятся:

- содействие в предоставлении сурдопереводчика;
- содействие в предоставлении переводчика;
- информирование единого центра о госпитализации родственника, участника специальной военной операции (СВО);
- информирование службы социального обслуживания на дому по месту жительства пациента о совершеннолетних недееспособных и инвалидах с детства, маломобильных, пожилых не мобильных родственниках пациента, оставшихся дома без присмотра с целью содействия в предоставлении социальной помощи и социальных услуг.

### *13.3.1. Организация коммуникаций пациентов, с нарушением слуха*

В столице проживает около пяти тысяч людей с нарушениями слуха, которых в быту и в медицинских организациях подстерегают коммуникативные барьеры. Москва с каждым годом становится все более комфортным мегаполисом для каждого жителя вне зависимости от его особенностей здоровья. Создается доступная среда, многие сервисы переходят в онлайн-формат, что значительно сокращает время на получение услуг. В рамках городской поддержки неслышащим и слабослышащим предоставляют услуги сурдоперевода и технические средства реабилитации: слуховые аппараты, телефоны с текстовым выходом, вибрационные сигнализаторы звука и другие устройства. Реализация данной технологии отражает таблица 13.4.

**Таблица 13.4.**

**Технология содействие в предоставлении услуг сурдопереводчика**

<p>Функция выполняется социальным координатором: предоставление услуг сурдопереводчика с помощью сервиса «Говори руками».</p>	<p><b>Выполняется социальным координатором, с согласия пациента:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в течение 1 дня со дня согласования пациентом маршрута помощи определить дату предоставления негласового сервиса «Говори руками» с негласовым центром помощи для людей с нарушением слуха (контактный телефон: + 7 (926) 870-44-44);</li> <li>2. проинформировать лечащего врача о дате предоставления услуг сурдопереводчика;</li> <li>3. войти в палату;</li> <li>4. помочь пациенту воспользоваться функцией негласового сервиса «Говори руками»;</li> <li>5. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</li> </ol>	<p>Функция считается выполненной после предоставления услуг сурдопереводчика</p> <p>Время предоставления функции – не более одного часа.</p> <p>Кратность повторения – по необходимости.</p>	<p>Результат – функции сурдопереводчика предоставлены</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;</li> <li>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</li> </ol>
---	--	--	--

В 2020 году для москвичей с нарушениями слуха организовали альтернативную горячую линию «Говори руками». Уникальный кол-центр принимает видеозвонки и сообщения в мессенджерах, а все операторы знают русский жестовый язык. Обратиться на горячую линию может любой желающий.

Сегодня центр помощи для людей с нарушениями слуха принимает самые разные запросы: от вызова экстренных служб до записи в поликлинику. В день в центр помощи поступает более 10 заявок. Самый популярный запрос — помощь в сурдоперевода. Сотрудники центра владеют как русским жестовым языком, так и обычной речью, поэтому могут помочь заявителю объясниться, например, на почте или в магазине.

Нередко москвичи с нарушениями слуха просят операторов уточнить адрес госучреждения или его контактный телефон. В топе популярных запросов и запись к врачу. Специалисты работают по регламенту, но даже самые необычные обращения никогда не оставляют без внимания.

Есть и другой способ предоставления сурдопереводчика. на Официальном портале Мэра и Правительства Москвы (<https://www.mos.ru/>) сообщается, что оформить услугу по переводу русского жестового языка можно бесплатно не только инвалидам с нарушениями слуха (по сурдопереводу), но и имеющим одновременное нарушение слуха и зрения (по тифлосурдопереводу). Те, кого признали инвалидами вследствие несчастного случая на



производстве или профессионального заболевания, могут получить компенсацию за дополнительные расходы на реабилитацию. Необходимость в переводе с русского жестового языка должна быть прописана в индивидуальной программе реабилитации и абилитации (ИПРА).

В течение 12 месяцев со дня подачи заявления услуги предоставляются:

- инвалидам с нарушениями функции слуха — до 84 часов сурдоперевода в 12-месячном периоде, исчисляемом начиная с даты подачи заявления;
- инвалидам с нарушениями функций одновременно слуха и зрения, которым установлена высокая степень слабовидения в сочетании с полной или практической глухотой — до 84 часов тифлосурдоперевода;
- инвалидам с нарушениями функций одновременно слуха и зрения, которым установлена полная (тотальная) или практическая слепоглухота или полная (тотальная) или практическая слепота в сочетании с тугоухостью III-IV степени, — до 240 часов тифлосурдоперевода.

Неиспользованные часы перевода русского жестового языка (сурдоперевода, тифло сурдоперевода) денежной выплатой не компенсируются.

Чтобы бесплатно получить услуги перевода русского жестового языка понадобятся:

- заявление;
- документ, удостоверяющий личность инвалида (ребенка-инвалида);
- документ, удостоверяющий личность представителя инвалида или ребенка-инвалида, а также документ, подтверждающий его полномочия, — если заявление будет подавать представитель.

Также могут понадобиться: данные СНИЛС; данные о регистрации по месту жительства, пребывания или фактического проживания.

Данные из ИПРА могут быть получены в результате межведомственного взаимодействия.

Если у инвалида есть постоянная регистрация по месту жительства в Москве, подать заявление и документы можно: онлайн, на mos.ru — только лично инвалидом или законным представителем ребенка-инвалида; в территориальный центр социального обслуживания по месту жительства — лично или через представителя.

Если у инвалида нет постоянной регистрации по месту жительства в Москве, подать заявление и документы можно: онлайн, на портале госуслуг РФ — как лично, так и через представителя; в любой центр госуслуг «Мои документы» в Москве — как лично, так и через представителя.



После обращения вам выдадут направление в организацию, отобранную Департаментом труда и социальной защиты населения, для оказания услуг по сурдопереводу (тифлосурдопереводу).

Если инвалид оплатил рекомендованные в ИПРА услуги сурдоперевода или тифлосурдоперевода из собственных средств, то можно получить компенсацию.

Для оформления компенсации за самостоятельно оплаченные услуги понадобятся:

- заявление;
- документ, удостоверяющий личность инвалида;
- документ, удостоверяющий личность лица, представляющего интересы инвалида, и документ, подтверждающий его полномочия (если заявление подается законным представителем);
- документы, подтверждающие расходы на услуги сурдоперевода, тифлосурдоперевода, оплаченные за собственный счет.

Также могут понадобиться: данные СНИЛС; данные о регистрации по месту жительства, пребывания или фактического проживания.

Данные из ИПРА могут быть получены в результате межведомственного взаимодействия.

Если инвалид зарегистрирован в Москве по месту жительства постоянно, подать заявление и документы можно:

- онлайн, на [mos.ru](http://mos.ru) — только лично инвалидом или законным представителем ребенка-инвалида;
- в территориальный центр социального обслуживания по месту жительства — лично или через представителя;
- в любой центр госуслуг «Мои документы» в Москве — как лично, так и через представителя.

Если инвалид не зарегистрирован по месту жительства в Москве постоянно, подать заявление и документы можно: онлайн, на портале госуслуг РФ — как лично, так и через представителя; в любой центр госуслуг «Мои документы» в Москве — как лично, так и через представителя.

Решение о выплате компенсации принимается в течение 15 рабочих дней после того, как инвалид или его представитель представит необходимые документы. Выплата производится в течение 5 рабочих дней после того, как принято соответствующее решение. Деньги могут перечислить на банковский счет или перевести по почте в зависимости от того, какой способ выберете вы сами.

### 13.3.2. Организация коммуникативных технологий иностранным гражданам

В настоящее время Москва является одним из ведущих мегаполисов мира, привлекающим большое количество иностранцев. Каждый год число иностранцев, проживающих в столице России, постоянно растет. В Москву иностранные граждане приезжают как на работу, так и для учебы или просто в туристических целях. Большинство иностранных граждан, проживающих в Москве, приезжают из стран СНГ, таких как Казахстан, Беларусь и др. Значительное число составляют граждане стран Европы, Азии, Ближнего Востока и Африки.

Иностранцев можно встретить не только на экскурсиях, выставках, в галереях, но и в медицинских организациях Российской Федерации. В этом случае задача социальных координаторов - содействие в предоставлении услуги переводчика. Услуга может быть оказана в одном случаях с помощью онлайн-переводчика (или системы машинного перевода), – это системы, преобразующей текст на одном естественном языке в текст с эквивалентным содержанием на другом языке. В других случаях потребуется взаимодействие с посольствами и консульствами по вопросу предоставления профессионального переводчика, что отражено в таблице 13.5.

**Таблица 13.5.**

#### Технология содействие в предоставлении услуг переводчика

<p>Функция предоставляется социальным координатором: предоставление услуг переводчика. Оказание функции возможно при помощи привлечения специалиста, владеющего необходимым иностранным языком, либо с использованием мобильного приложения «Переводчик».</p>	<p><b>Предоставляется социальным координатором при привлечении специалиста:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в течение 1 дня со дня согласования пациентом маршрута помощи осуществить взаимодействие с посольствами и консульствами по вопросу предоставления переводчика;</li> <li>2. согласовать с консульствами и посольствами дату выхода в больницу переводчика, выяснить Ф.И.О. переводчика для организации пропуска на территорию больницы;</li> <li>3. согласовать с лечащим врачом дату предоставления услуг переводчика;</li> <li>4. в назначенную дату оказать содействие в пропуске на территорию больницы переводчика;</li> <li>5. сопроводить переводчика до палаты;</li> </ol>	<p>Функция считается выполненной после предоставления услуг переводчика и получения перевода необходимой информации.</p> <p>Время предоставления функции: по приглашению и сопровождению специалиста - не более одного часа; при использовании мобильного приложения - не более 30 минут.</p> <p>Кратность повторения – по потребности пациента до завершения пребывания в</p>	<p>Результат функции переводчика предоставлены, от пациента получена необходимая информация.</p> <p>Оценка результатов предоставленной социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;</li> <li>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</li> </ol>
---	---	--	--

	<p>6. после оказания услуг сопроводить переводчика до выхода из больницы;</p> <p>7. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</p> <p><b>Предоставляется социальным координатором без привлечения специалиста:</b></p> <p>1. использовать мобильное приложение «Переводчик» для перевода разговора;</p> <p>2. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</p>	стационаре.	
--	--	-------------	--

*Скрипты (варианты взаимодействия)*

**Вариант №1. Этап взаимодействия с посольствами и консульствами**

Социальный координатор:

- Добрый день! С Вами говорит социальный координатор больницы .... У нас есть пациент, не владеющий русским языком. Для того, чтобы наладить коммуникацию между ним и врачом хотели бы воспользоваться услугами профессионального переводчика. В какой день и время переводчик может посетить нашу больницу?

NN....

2. Для организации пропуска на территорию больницы нам необходимо знать Ф.И.О. переводчика.

NN....

3. Спасибо. До свидания.

***Этап встречи с переводчиком:***

1. Добрый день! Меня зовут Мария Михайловна, я социальный координатор. Я помогу Вам попасть к пациенту... (ФИО пациента).

NN...

***Этап предоставления услуги:***

(Вопросы должны быть закрытые с однозначной интерпретацией. Вопросы типа «ДА»/«НЕТ»)

Добрый день! Меня зовут Мария Михайловна, я социальный координатор. Вам предоставлена услуга переводчика. С его помощью Вы сможете пообщаться с врачом.

NN...

2. Вы готовы?

NN...

3. Поправляйтесь, всего Вам доброго.

NN...

**Этап выхода переводчика из больницы:**

1. Давайте я помогу Вам выйти из больницы.

NN...

2. Всего доброго, берегите себя!

**Вариант №2.**

(Вопросы должны быть закрытые с однозначной интерпретацией. Вопросы типа «ДА»/«НЕТ»)

1. Добрый день! Меня зовут Мария Михайловна, я социальный координатор. Вам предоставлена услуга переводчика. Для этого мы воспользуемся мобильным приложением «Переводчик». С его помощью Вы сможете пообщаться с врачом. Попробуем?

NN...

2. Поправляйтесь, всего Вам доброго.

NN...

**13.3.3. Осуществление информирования о госпитализации участника или родственника участника СВО**

В 2023 году в Москве открылся единый центр поддержки для всех участников СВО и их семей. В новом городском учреждении участники СВО и члены их семей могут получить комплексную помощь и поддержку, включающую:

- предоставление необходимой справочной информации о работе городских сервисов и действующих мерах социальной поддержки;
- оформление социальных пособий и льгот, предоставление иных мер социальной поддержки;
- психологическую поддержку и психотерапевтические услуги;
- юридическую помощь;
- поддержку в вопросах реабилитации, протезирования и подбора технических средств реабилитации;
- помощь в подборе программ адаптации, позволяющих принять новые условия жизни;
- помощь в переобучении, получении профессии и дальнейшем трудоустройстве;
- помощь в подборе спортивных занятий, соответствующих индивидуальным запросам и возможностям.

В случае госпитализации в медицинскую организацию родственника, участника СВО, социальный координатор информирует единый центр поддержки. В соответствии с

указами мэра Москвы и иными нормативными актами для пожилых родственников, инвалидов и детей-инвалидов предоставляются следующие виды поддержки:

— предоставление нуждающимся семьям, воспитывающим детей с инвалидностью, пожилым гражданам, людям с инвалидностью I и II группы социального обслуживания на дому независимо от состава и без учета уровня доходов семьи;

— первоочередное направление в дома ветеранов и другие стационарные учреждения социального обслуживания независимо от состава семьи (Табл. 13.7)

**Таблица 13.7.**

**Информирование ГБУ «Единый центр поддержки» о госпитализации участника или родственника участника СВО**

<p><b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b> информирование ГБУ «Единый центр поддержки» о госпитализации участника или родственника участника СВО.</p>	<p><b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b> 1. осуществить передачу информации о госпитализации участника или родственника участника СВО ответственному сотруднику ГБУ «Единый центр поддержки»; 2. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</p>	<p>Функция считается выполненной после информирования ГБУ «Единый центр поддержки» о госпитализации участника или родственника участника СВО.</p> <p>Время предоставления функции администратором Службы сервиса - не более 10 минут.</p>	<p>Результат – информирование ГБУ «Единый центр поддержки» о госпитализации участника или родственника участника СВО</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции: 1. функция оказана в соответствии со Стандартом; 2. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</p>
--	---	---	---

*Информирование социальных служб о недееспособных гражданах*

Во время госпитализации пациента в медицинскую организацию, дома без его присмотра остаются совершеннолетние недееспособные и инвалиды с детства, маломобильные, пожилые не мобильные родственники, то задача социальных координаторов заключается в информировании служб социального обслуживания на дому по месту жительства пациента с целью содействия в предоставлении социальной помощи и социальных услуг таким родственникам или нахождении тех, кто взял бы на себя заботу о близких людях (Таблица 13.8.)

**Таблица 13.8.**

**Информирование УСЗН АО города Москвы по месту жительства пациента о совершеннолетних недееспособных и инвалидах с детства, маломобильных родственниках пациента, оставшихся дома без присмотра**

<p>Выполняется администратором Службы сервиса: информирование УСЗН АО города Москвы по месту жительства пациента о совершеннолетних недееспособных и инвалидах с детства, маломобильных родственниках пациента, оставшихся дома без присмотра, с целью содействия в предоставлении социальной помощи и социальных услуг.</p>	<p><b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. осуществить информирование УСЗН АО города Москвы по месту жительства пациента о необходимости оказать содействие в предоставлении социальной помощи родственникам пациента, оставшимся одним дома и нуждающимся в поддержке;</li> <li>2. получить обратную связь по предоставленной помощи родственнику пациента;</li> <li>3. проинформировать социального координатора об оказанной помощи родственнику.</li> </ol> <p><b>Выполняется социальным координатором:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. получить от Службы сервиса информацию о проделанной работе по оказанию помощи родственнику пациента;</li> <li>2. при первой возможности проинформировать пациента о помощи, оказанной социальной службой родственнику;</li> <li>3. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</li> </ol>	<p>Функция завершается после получения информации от УСЗН АО города Москвы по месту жительства пациента об оказанной поддержке родственнику.</p> <p>Время выполнения администратором Службы сервиса – не более 20 минут; социальным координатором - не более 10 минут.</p>	<p>Результат - информирование УСЗН АО города Москвы по месту жительства пациента о совершеннолетних недееспособных и инвалидах с детства, маломобильных родственниках пациента, оставшихся дома без присмотра, и получение обратной связи.</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</li> </ol>
--	--	--	--

### Скрипты 13.8

#### **Социальный координатор:**

- Добрый день! Я Социальный координатор Больницы .... Петров Петр Петрович.

СК - Мы знаем, что Вы волнуетесь и переживаете о Ваших близких, оставшихся дома одних и которым постоянная помощь.

СК - Мы вместе со Службой Сервиса сообщили в УСЗН Москвы по месту жительства о необходимости оказать содействия в предоставлении социальной помощи и социальных услуг Вашим родственникам, оставшимся одним дома и нуждающимся в поддержке.

СК - В УСЗН Вам помогли и Вашему родственнику социальной службой -назвать дату - оказана помощь на дому:

- описать виды помощи, что именно и как сделано; когда приходил социальный работник и как часто он будет оказывать помощь.

СК – Не волнуйтесь, Ваши близкие дома не остались без поддержки. Сейчас Вам нужно думать о своем скорейшем выздоровлении.

- выслушать ответ.

СК – До свидания. Я нахожусь в больнице, и Вы можете ко мне обращаться по всем волнующим Вас вопросам.

#### *13.4. Технологии содействия социального координатора и служб социальной координации при средних и высоких уровнях риска оказания социальных услуг.*

Оказывать содействие — это помогать, поддерживать, способствовать достижению какой-либо цели или задачи. Содействие может быть финансовым, организационным или информационным. Кроме того, содействие может выражаться в создании условий для развития других людей, организаций и сообществ. Содействие можно рассматривать как процесс помощи, поддержки и развития, который включает в себя не только финансовую помощь, но и техническую поддержку, консультации, обучение, мотивацию и многое другое. Примеры оказания содействия могут быть разнообразными.

В зависимости от сферы жизни, где требуется помощь, существует несколько видов содействия. Рассмотрим некоторые из них:

- социальное содействие – это помощь в решении проблем, связанных со здоровьем, образованием, насилием в семье, безработицей и другими социальными вопросами. Такое содействие может оказываться государством, благотворительными организациями или простыми гражданами.
- профессиональное содействие – это помощь в профессиональной области. Например, юридическое содействие может оказываться адвокатами, а медицинское – врачами. Также в эту категорию может входить консультация по бизнесу или финансовым вопросам.
- психологическое содействие – это помощь в решении личных проблем, связанных с эмоциональным состоянием. Такое содействие может оказываться психологами, консультантами или близкими людьми.

Содействие является важной составляющей нашей жизни и может помочь достичь определенных целей или преодолеть трудности. Однако, не стоит забывать о том, что самостоятельность и самостоятельное преодоление трудностей тоже являются важными навыками для личностного роста.

#### *Сферы применения содействия*

1. Содействие в образовании — это система мер для усовершенствования и развития образовательного процесса для учащихся всех уровней. Содействие может выражаться в поддержке школ, участии в проектах, предоставлении стипендий и займов, а также в организации мероприятий и конкурсов.

2. Содействие в здравоохранении — это действия, которые помогают сохранить здоровье и предотвратить заболевания. К ним относятся продвижение здорового образа жизни, доступность медицинских услуг и профилактических мероприятий, а также поддержка развития медицинских учреждений.

3. В социальной сфере содействие выражается в улучшении условий жизни и доступности социальных услуг для населения, в том числе для малообеспеченных и нуждающихся в помощи людей. Среди мер содействия можно выделить оказание материальной помощи, развитие социальной инфраструктуры, поддержка детских домов и т.д.

4. Содействие в экономике — это поддержка малого и среднего бизнеса, оказание финансовой поддержки для стартапов, создание благоприятных условий для развития бизнеса в регионе. Также содействие может выражаться в проведении тренингов и консультаций для предпринимателей и инвесторов.

5. В экологии содействие выражается в участии в проектах по охране окружающей среды, улучшении экологической обстановки и устойчивом развитии. Оно может выражаться в проведении мероприятий для повышения экологической осведомленности населения, восстановлении природных ресурсов, устранении экологических проблем и т.д.

6. Содействие в культуре проявляется в поддержке и продвижении культурных искусств, развитии культурного наследия, поддержке творческих и познавательных проектов. Это может быть организация выставок, концертов, театральных представлений, выпуск книг и журналов, фестивалей и другие мероприятия.

К технологиям (услугам) социального содействия, предоставляемым социальными координаторами пожилым пациентам в медицинских организациях, относятся:

- содействие в размещении домашних животных на время госпитализации пациента;
- содействие в дальнейшем жизнеустройстве лежачих пациентов, не являющихся жителями Москвы;
- взаимодействие с родственниками, членами семьи с целью дальнейшего жизнеустройства пациента и осуществления ухода за нуждающимся пациентом.

#### *13.4.1. Технологии содействия размещения домашних животных*



Для многих людей домашнее животное становится членом семьи. И если человек живет один, возникает вопрос — на чье попечение оставить кошку, собаку на время госпитализации в медицинскую организацию. Если пациент попадает в больницу экстренно, по скорой помощи, то он не успевает решить где оставить своего питомца. Задача социального координатора - оказать содействие в размещении домашних животных на время госпитализации пациента.

Помочь в этом могут родственники, друзья, соседи пациента. Здесь есть два варианта — в первом люди забирают животное себе, во втором — регулярно навещают в квартиру присмотреть за ним. Для контактных и общительных питомцев желателен, разумеется, первый. Кошки, собаки, ручные грызуны нуждаются в регулярном общении. Однако стоит предусмотреть и то, как животное будет контактировать с питомцем нового хозяина. Например, взрослые кошки сходятся довольно тяжело и могут конфликтовать долгое время. Собаки обычно более контактны. Рыбки, земноводные, насекомые вполне могут пережить вариант, когда к ним навещают раз в несколько дней. Важно убедиться, что сосед или родственник более, или менее ладят с животным.

Второй вариант - зоогостиница - подходит обеспеченным людям, т.к. за содержание животного придется отдать круглую сумму. К тому же зоогостиницы не слишком надежны, там животные — это бизнес, а не друзья и компаньоны. Нередки случаи, когда животные заболели или убежали. Впрочем, большую часть зоогостиниц открыли профессиональные кинологи, ветеринарные врачи и владельцы питомников. Они прекрасно знают, как обращаться с животными, чтобы им было комфортно(таб.13.9)

**Таблица 13.9.**

**Содействие в размещении домашних животных на время госпитализации пациента**

Функция выполняется социальным координатором с привлечением Службы сервиса. Выполняется Службой сервиса: поиск родственников посредством запросов в информационных системах, передача информации социальным координаторам.	<b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b> 1. осуществить поиск родственников по имеющимся информационным системам; 2. передать информацию о результатах поиска родственников социальному координатору.	Время предоставления функции: организация Службой сервиса – до одного часа.  Организация функции социальным координатором до четырех часов для всех вариантов.	Результат - размещение домашних животных на время госпитализации пациента осуществлено.  Оценка результатов предоставления социальной функции: 1. функция оказана в соответствии со Стандартом; 2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;
Выполняется социальным координатором: 1. в случае наличия родственников, готовых	<b>Выполняется социальным координатором:</b> <b>При наличии родственников, готовых забрать животное на передержку, на время госпитализации пациента:</b>	Функция считается выполненной после размещения домашних животных на время госпитализации пациента.	

<p>забрать животное – связаться с родственником и осуществить передачу;</p> <p>2. при отсутствии родственников или возможности у родственников забрать животное на передержку:</p> <p>2.1. если пациент в сознании, то при его участии производится поиск и согласование приюта, в том числе из тех, которые осуществляют содержание животных на коммерческой основе;</p> <p>2.2. если пациент без сознания или не имеет денежных средств для оплаты пребывания животного, осуществляется поиск благотворительных организаций.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. связаться с родственниками,</li> <li>2. уточнить возможность принятия животного на время госпитализации пациента,</li> <li>3. передать животное при наличии согласия.</li> <li>4. войти в палату;</li> <li>5. представиться: назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;</li> <li>6. объяснить цель визита;</li> <li>7. информировать пациента о месте нахождения животного</li> <li>8. пожелать пациенту скорейшего выздоровления, попрощаться;</li> <li>9. попрощаться: с пациентами в палате;</li> <li>10. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</li> </ol> <p><b>При отсутствии родственников или у родственников возможности забрать животное на передержку:</b></p> <p><b>Вариант 1</b></p> <p><b>- пациент в сознании и готов оплатить передержку животного:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. войти в палату;</li> <li>2. представиться: назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;</li> <li>3. осуществить поиск специализированных организаций, осуществляющих платные функции по передержке животных;</li> <li>4. связаться с организацией;</li> <li>5. помочь пациенту произвести финансовый расчет с организацией;</li> <li>6. осуществить передачу животного в организацию;</li> <li>7. передать пациенту информацию о размещении животного и финансовые документы;</li> <li>8. пожелать пациенту скорейшего выздоровления, попрощаться;</li> <li>9. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</li> </ol>	<p>Функция оказывается однократно, на этапе госпитализации пациента.</p>	<p>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</p>
--	--	--	---

	<p><b>Вариант 2</b>  - пациент находится без сознания или не имеет возможности оплатить функции по передержке животного:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. осуществить поиск благотворительной организации, готовой забрать животное на передержку на безвозмездной основе;</li> <li>2. передать животное в организацию;</li> <li>3. получить документы, содержащие в себе информацию и контактный телефон благотворительной организации;</li> <li>4. после улучшения состояния здоровья пациента войти в палату;</li> <li>5. представиться: назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;</li> <li>6. объяснить цель визита;</li> <li>7. проинформировать пациента о месте нахождения животного;</li> <li>8. передать пациенту документы, содержащие в себе информацию и контактный телефон благотворительной организации</li> <li>9. пожелать пациенту скорейшего выздоровления, попрощаться;</li> <li>10. попрощаться: с пациентами в палате;</li> <li>11. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</li> </ol>		
--	---	--	--

*13.4.2. Содействие в дальнейшем жизнеустройстве лежачих пациентов, не являющихся жителями Москвы*

Согласно федерального закона об обязательном медицинском страховании любой гражданин России может лечиться в любом медицинском учреждении и даже в московском, но иногда выписывают из больницы неизлечимо больного человека. Что делать, если такой пациент иногородний и не имеет родственников в Москве, которые могли бы осуществлять уход? Задача социального координатора - оказать содействие в дальнейшем жизнеустройстве лежачих пациентов, не являющихся жителями Москвы ( табл. 13.9).

Таблица 13.9.

**Содействие в дальнейшем жизнеустройстве лежачих пациентов, не являющихся жителями Москвы**

<p>Выполняется администратором Службы сервиса с привлечением социального координатора.</p> <p>Выполняется администратором Службы сервиса: -согласование с соответствующим учреждением наличия мест и условий помещения пациента</p> <p>Выполняется социальным координатором - своевременное информирование сотрудников Службы сервиса о дате выписки пациента - содействие в предоставлении транспорта и организации перевозки пациента</p>	<p><b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. согласовать с организацией/ учреждением наличие места для пациента;</li> <li>2. получить информацию от социального координатора о времени и дате выписки пациента;</li> <li>3. согласовать с организацией/учреждением время и дату помещения пациента в учреждение/организацию;</li> <li>4. передать информацию социальному координатору о согласованных условиях помещения пациента в учреждение/организацию.</li> </ol> <p><b>Выполняется социальным координатором:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. проинформировать о точной дате выписки пациента администратора Службы сервиса;</li> <li>2. осуществить содействие в предоставлении транспорта от медицинской организации для перевозки лежачих пациентов;</li> <li>3. войти в палату;</li> <li>4. представиться назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;</li> <li>5. объяснить цель визита;</li> <li>6. организовать сопровождение пациента до транспортного средства;</li> <li>7. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</li> </ol> <p><b>В случае необходимости сопроводить пациента до нового места пребывания по рекомендации медицинской организации</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. осуществить сопровождение пациента;</li> <li>2. вернуться на рабочее место;</li> <li>3. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</li> </ol>	<p>Время предоставления функции: администратором Службы сервиса - не более четырех часов; включая время ожидания согласования; социальным координатором – не более 40 минут, в случае сопровождения - не более трех часов (с учетом времени, затраченного на дорогу).</p> <p>Функция считается выполненной при передаче пациента сотрудникам учреждения, а в случае сопровождения - после завершения процесса транспортировки.</p> <p>Функция оказывается однократно</p>	<p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</li> </ol>
---	---	--	---

СКРИПТЫ 13.9.

(Вопросы должны быть закрытые с однозначной интерпретацией. Вопросы типа «ДА»/ «НЕТ»).

**Скрипты (общий подход):**

### 1. Этап подготовки

1. Администратор Службы сервиса:

- Добрый день! С Вами говорит администратор Службы сервиса больницы .... Иванов Иван Иванович. «ФИО пациента» проходит лечение в больнице.... Оно подходит к концу. Он без определенного места жительства и занятий. Поэтому будет переведен в Ваш Центр социальной адаптации. Его будет сопровождать Иванов Иван Иванович. Вот его телефон. До свидания.

### 2. Этап - Представление:

СК - Добрый день! Меня зовут Мария Михайловна, я социальный координатор. При больнице открыт центр социальной помощи. Как к Вам удобно обращаться?

NN....

СК - Как Вы себя чувствуете?

NN....

СК - Мне сообщили, что у Вас нет постоянного места жительства. Это так?

NN....

СК - Из больницы Вы будете переведены в Центр социальной адаптации. Вам необходима помощь собрать вещи, спуститься до автомобиля?

NN...

СК - Мы Вам поможем, собрать вещи, вызвать транспорт, посадить Вас на пассажирское место и погрузить Ваши вещи в багажник

NN...

СК - До встречи. Я приду к Вам в день в соответствии со временем выписки, помогу Вам собрать вещи, вызову транспорт, провожу Вас до автомобиля и отвезу в Центр социальной адаптации. Всего хорошего

NN...

### 3. Второй этап (в день выписки)

СК - «Здравствуй NN! Как Вы себя чувствуете?

NN...

СК - Все ли вещи у Вас собраны?

NN...

СК - Все ли документы Вы получили?

NN...

СК - Вы готовы пройти до автомобиля?

NN...

СК - Давайте я помогу Вам погрузить Ваши вещи!

NN...

СК - Давайте я Вам помогу сесть на пассажирское место.

NN...

СК - Ведение диалога с пациентом во время поездки, кроме травмирующих личных тем, диагноза пациента, приема медикаментозных средств.

NN...

СК - Давайте я Вам помогу выйти из автомобиля.

NN...

СК - Давайте я возьму Ваши вещи, и мы войдем в Центр социальной адаптации и дальше передам там сотруднику»

NN...

СК - Всего доброго, берегите себя!

### *13.4.3. Технологии организации ухода*

После проведения требуемого лечения, при условии улучшения состояния здоровья и устранения основной причины, угрожающей жизни, пациента выписывают из стационарного отделения. В подавляющем большинстве случаев пациенты не выписываются абсолютно выздоровевшими. Как правило, они нуждаются в амбулаторном долечивании, реабилитации. В отдельных случаях из больницы выписывают лежачего пациента при условии, что его жизни ничего не угрожает. Встречаются пациенты, которые остаются тяжелобольными и после полного объема лечения в стационаре. Это больные, например, в терминальной стадии рака, пациенты после нарушения мозгового кровообращения. В этом случае выписанный пациент от больничного врача переходит к родственникам, членам семьи, от которых требуется бережное отношение и постоянный уход. Задача социального координатора - наладить взаимодействие с родственниками, членами семьи с целью дальнейшего жизнеустройства пациента после его выписки и осуществления ухода за нуждающимся пациентом.

Семья является естественной средой для пожилого человека. Уход за пациентом, страдающим хроническими заболеваниями, относится к традиционным функциям семьи. Однако организовать в домашних условиях непрерывную, постоянную медицинскую помощь, уход за такими пациентами могут не все родственники. В связи с этим, зная реальное положение дел, не все близкие охотно забирают подготовленных к выписке тяжелобольных.

Социальный координатор должен оценить 6 факторов:

- знания и умения семьи;
- ее состав;
- социальное функционирование, наличие свободного времени для ухода за нуждающимся пациентом;
- бытовые и материальные условия;
- эмоциональную атмосферу в семье.

Социальный координатор определяет, какой из факторов является наиболее и наименее уязвимым, и либо сам, либо с помощью других служб принимает решение об улучшении ситуации.

Далее следует оценить опекунические отношения в семье. С. Канчински-Бугрым выделяет 5 типов отношений между участниками ухода и больным:

- 1-й тип наиболее благоприятный; он предусматривает баланс между необходимой опекой и фактической потребностью больного; все, что может пациент, он выполняет сам без посторонней помощи, чтобы сохранить остаточную функцию;
- 2-й тип - гиперопека; такая забота деморализует больного; опекуны не поддерживают его, а постоянно выручают, и у него снижается вера в себя, он перестает решать даже элементарные задачи, на что раньше был способен;
- 3-й тип - манипулирование больным: лишение его пенсии, пособия по уходу («из-за тебя у меня нет времени для других, пусть хоть новая шуба на твои деньги компенсирует мои страдания»);
- 4-й тип - физическое и психическое издевательство над пациентом, что вообще недопустимо (избиение, унижение человеческого достоинства, оставление в опасных условиях);
- 5-й тип - причинение вреда больному, несмотря на добрые намерения; например, один из членов семьи, уходя из дома, надевает на пациента наушники с музыкой, чтобы ему не было одиноко; эта манипуляция еще больше снижает слух, и пациент глухнет окончательно.

Уход и наблюдение за пожилыми пациентами весьма сложны, требуют особого внимания и времени, особенно если речь идет о больных, нуждающихся в длительном постельном режиме. Внимательное, чуткое отношение к жалобам и поведению больного может предотвратить развитие тяжелых осложнений и сохранить ему жизнь. Патронаж должен дать пожилому человеку ощущение заботы, внимания к себе, поскольку без этого его жизнь тяжела и одинока.

Желательно, чтобы родственники вели дневник наблюдения с контролем пульса, артериального давления, наличия стула, приема лекарств.

Правильный уход очень важен, так как может значительно улучшить состояние больного. Даже при хорошем лечении и самых лучших лекарствах, без хорошего ухода со стороны семьи шансы больного на выздоровление и улучшение качества жизни уменьшаются практически вдвое.

Социальный координатор должен вовремя подсказать, как правильно выстроить близким людям отношения с пациентом, вернуть его к самообслуживанию. Если это нереально, они физически не в состоянии должным образом заботиться о своем родственнике, содействовать в организации домашнего или стационарного обслуживания после выписки (табл.13.10.)

**Таблица 13.10.**

**Взаимодействие с родственниками, членами семьи с целью дальнейшего жизнеустройства пациента и осуществления ухода за нуждающимся пациентом.**

<p>Функция выполняется социальным координатором:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. взаимодействие с родственником (ами) по вопросу выписки пациента.</li> <li>2. взаимодействие с родственником (ами) по вопросу дальнейшего жизнеустройстве пациента.</li> </ol>	<p><b>Выполняется социальным координатором:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. выяснить информацию у лечащего врача о состоянии здоровья пациента и предварительной дате выписки;</li> <li>2. в день получения информации созвониться с родственником (ами) по имеющимся (или полученным в результате межведомственного взаимодействия) телефонным номерам. Представиться;</li> <li>3. сообщить информацию о дате выписки и состоянии здоровья пациента;</li> <li>4. выяснить информацию об имеющихся у родственников возможностях и намерениях по вопросу выписки и дальнейшего жизнеустройства пациента;</li> <li>5. зафиксировать результаты работы в ИС ГKB.</li> </ol>	<p>Функция считается выполненной после взаимодействия с родственниками по вопросу жизнеустройства пациента.</p> <p>Время предоставления функции - не более 30 минут.</p> <p>Кратность повторения – по необходимости.</p>	<p>Результат - определение маршрута дальнейшего жизнеустройства пациента.</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. результаты работы зафиксированы в ИС ГKB.</li> </ol>
---	--	--	---

**СКРИПТЫ 13.10**

Социальный координатор:

- Добрый день! С Вами говорит социальный координатор Больницы .... Иванов Иван Иванович. «ФИО пациента» проходит лечение в Больнице..., палате № XX. Выписка ФИО (пациента) планируется на XX.XX.23. Мне необходимо выяснить заберете ли Вы ФИО (пациента)?

До свидания.

2. Если родственники и иные близкие лица не сообщили заберут они пациента или нет, уточнить, когда можно перезвонить.

3. Если спрашивают о здоровье – дать телефон лечащего врача.

**13.5. Технологии работы социального координатора в мультидисциплинарной команде в ситуации психологической травмы на средней фазе**

Медицинская организация – это место, где люди получают медицинскую помощь для сохранения и улучшения своего физического здоровья. Помимо обращений по поводу физических заболеваний, в любой больнице все чаще появляются пациенты с



психологическими проблемами. Для решения этих проблем в медицинских организациях работают социальные координаторы и психологи.

### *13.5.1. Деятельность психолога в мультидисциплинарной команде при работе с психологической травмой*

Психолог в медицинской организации занимается диагностикой и коррекцией различных психологических проблем. Он помогает пациентам разобраться в их ситуации, выстраивает с ними доверительные отношения и помогает преодолеть сложности в жизни. Это позволяет пациентам не только улучшить психологическое состояние, но и повысить качество своей жизни в целом.

Главная цель психолога — помочь человеку обрести душевное спокойствие и гармонию с окружающим миром.

Одной из задач психолога является помощь пациентам разобраться в своих эмоциях. Он может помочь понять, какие эмоции приводят к страданию, как справиться с ними и как научиться контролировать свои эмоции.

Психологические проблемы могут быть связаны с:

- травмами, которые возникают в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или стрессовых воздействий на психику человека;
- конфликтами, т.е. отсутствием согласия между двумя или более сторонами;
- стрессом (от англ. *stress* «нагрузка, напряжение; состояние повышенного напряжения»);
- тревожным расстройством - это состояние характеризуется постоянной тревогой и беспокойством, которые могут мешать нормальной жизни человека;
- страхом т.е. эмоцией или чувством, возникающим из-за ощущения опасности;
- паническими атаками, т.е. внезапным приступом тяжелой тревоги, сопровождаемый мучительными ощущениями (например, сердцебиение, чувство удушья, боль в груди, головокружение, диарея, тошнота);
- депрессиями, которые характеризуются нарушением настроения, утратой интереса к жизни, снижением энергии и другими симптомами;
- проблемами адаптации в жизни, что может проявляться в трудностях в общении с окружающими, поиском работы или установлением личных отношений.

В современном мире все чаще возникают психологические проблемы, связанные с быстрым темпом жизни, давлением со стороны окружающих и страхом перед неизвестным будущим.

Психолог в медицинской организации помогает пациентам справляться с эмоциональными и психологическими проблемами, связанными с их заболеванием. Он настраивает на позитивный лад, дает рекомендации по улучшению качества жизни и помогает пациентам находить пути решения проблем.

Психолог проводит индивидуальные и групповые консультации, а также тренинги, которые помогают пациентам повысить уровень психологического здоровья и адаптироваться к новой ситуации.

Психолог работает в связке с медицинским персоналом, который лечит пациентов. Он помогает курировать пациентов, которые нуждаются в психологической помощи и консультировании. Кроме того, он помогает медицинскому персоналу обсуждать проблемные случаи и балансирует работу молодых специалистов в наиболее сложных ситуациях.

Психолог на консультации проводит различные методики для помощи пациенту в решении его проблем. Он слушает пациента с вниманием и участие, задает вопросы, которые помогают пациенту осознать его проблемы и постепенно начать их решать.

Один из известных методов работы психолога на консультации – глубинное интервью. Он позволяет узнать о сильных и слабых сторонах пациента в различных сферах жизни, о его ценностях, целях, приоритетах. Этот метод помогает определить проблемы, которые могут быть связаны с личностью пациента.

Психолог может предложить пациенту диагностические методики, чтобы оценить его психическое состояние и определить проблемы, которые могут быть связаны с конкретной ситуацией, в которой находится пациент. Это позволяет понять причину проблемы и найти пути ее решения.

Психолог на консультации также может использовать методы психокоррекции, заимствованные из психодинамической, когнитивно-поведенческой, гештальттерапии, телесно-ориентированной терапии, которые формируют у человека качества необходимые для повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям.

Результатом консультации может стать осознание и принятие проблемы, уменьшение тревожности, повышение самооценки, дальнейшее решение проблемы и улучшение качества жизни.

Далее рассмотрим первую из вышеперечисленных психологических проблем, с которой нужно обязательно работать - психологическую травму. Психологическую травму сравнивают с глубокой раной, которая не заживает со временем, а продолжает кровоточить. Формирование травмы может быть обусловлено многими причинами и факторами, сопровождаемыми стрессами и переживаниями:

- внезапная смерть родного человека;
- бракоразводный процесс;
- прерывание беременности (особенно в третьем триместре);
- пережитая автомобильная авария;
- диагностирование тяжелого заболевания;
- потеря возможности самостоятельно двигаться, ухаживать за собой;
- террористические акты, военные действия;
- переживания за судьбу близкого человека, который подвергся насилию, унижению;
- сексуальное и физическое насилие;
- и многие другие.

Для определения наличия психотравмы необходимо установить ряд признаков (симптомов). Что происходит в случае физической травмы? Она признается действительной при местных повреждениях тела, которые значительно нарушают нормальную работу всего организма, или отдельных его частей. Обычно это имеет отношение к ограничению трудоспособности или полной ее потере на определенное время. Такие же признаки необходимы и для выявления наличия психотравмы, когда возникают местные повреждения психики, которые ведут к выраженному нарушению оптимального функционирования организма.

Возникновение психологических травм неизбежно сопровождается развитием определенного симптоматического комплекса. Признаки имеют эмоциональный и физиологический характер. Эмоциональные симптомы включают такие состояния:

- шок, отрицание события;
- чувство стыда, вины, отвращения к себе;
- перепады настроения, вспышки гнева, раздраженность;
- чувство страха, тревожные состояния;
- неспособность к концентрации внимания, растерянность, рассеянность;
- чувство безысходности, грусти, горевания, брошенности;
- эмоциональное онемение – потеря способности эмоционально реагировать на события.

Физические симптомы травматического опыта проявляются такими патологиями:

- учащенный пульс;
- нарушения сна, кошмары;
- «пустой» взгляд;
- быстрая утомляемость;

- нарушения координации и внимания;
- провалы в памяти, неспособность сопоставить события хронологически;
- хронический болевой синдром;
- постоянный тонус в мышцах, ощущение напряженности.

Ощущать посттравматические симптомы человек может в течение нескольких месяцев. Постепенно воспоминания угасают, притупляются, однако в знаковые моменты (например, годовщина смерти) чувства обостряются с новой силой.

Эти симптомы довольно условны, так как каждый человек травмирующие события переживает по-своему. Насколько разрушительной окажется психическая травма, зависит от индивидуального восприятия человека, его защищенности в психологическом плане, устойчивости к стрессам.

Другими словами, на однотипные происшествия разные люди могут реагировать по-разному: одни воспринимают ситуацию достаточно травматично, другие не видят в ней особого трагизма и считают негативный жизненный факт лишь досадным недоразумением. Основопологающим в данном случае является именно отношение к событию, а также физическое и эмоциональное здоровье человека.

Негативный психологический опыт классифицируют в зависимости от способности человека преодолеть его. Выделяют такие типы реакции на стресс:

- Проактивная позиция - предполагает попытку самостоятельной проработки стрессового события до того, как оно повлияет на мировоззрение и образ жизни. Люди с проактивной позицией легко справляются со стрессом и неожиданными ударами судьбы;
- Реагирующая позиция - предполагает усилия по минимизации морального ущерба от психотравмирующего события. То есть, борьба происходит уже после случившегося. В такой ситуации, травматические события оказывают существенное влияние на эмоциональное состояние человека;
- Пассивная позиция – игнорирование произошедшего, неприятие ситуации. Люди с такой позицией очень долго страдают от последствий психологической травмы.

Психологическая травма — это давно известное и досконально изученное понятие в психологии. Существует определенная классификация, которая помогает понять, какие бывают психологические травмы по длительности проявлений:

- шоковыми;
- острыми;
- хроническими.

Первые две формы характеризуются кратковременностью и спонтанностью. Признаки психологической травмы третьей, хронической формы гораздо более сложные.

Хронические психологические травмы отличаются затяжным и долговременным характером. Им свойственно постоянное воздействие на психику человека, вынужденному подвергаться давлению, которое причиняет непоправимый вред его здоровью. Это может наблюдаться при неудачном браке, неблагополучной семье, постоянном шантаже и т.д.

В зависимости от причин виды психотравм тоже существенно различаются.

*1) Детская травма.* По частоте возникновения и силе разрушительного воздействия она самая сильная. Детская травма накладывает неизгладимый отпечаток на сознание, влияет на всю последующую жизнь. Самое интересное заключается в том, что детская травма есть практически у каждого человека. Мы порой просто не замечаем того, как погружаемся в безысходную тоску, страдаем от одиночества и непонимания. На самом же деле большое влияние на нас оказывает психологическая травма, приобретенная в детстве. Такая травма заставляет буквально во всем искать подтверждения собственной нужности и важности.

Детская травма сопровождается бессознательными поступками и переживаниями. Одним из самых характерных признаков наличия детской травмы является постоянное ожидание предательства и непонимания со стороны близких людей. Как правило, детскую травму нам наносят родители, родственники, первое социальное окружение. Хорошо, когда у ребенка имеется возможность проговаривать вслух свои чувства, а не замалчивать их. Тем самым появляется возможность хотя бы снизить разрушительное действие травмы.

*2) Потеря близкого человека.* Относится к числу самых серьезных потрясений, которые только доводится испытывать в жизни. Мы никогда не столкнемся с собственной кончиной, но уход дорогого сердцу человека ранит настолько сильно, что кажется, в душе не остается ни одной живой ниточки. Так формируется психологическая травма, которая долгое время не позволяет в полной мере жить и радоваться проявлениям жизни. Потеря близкого человека не обязательно подразумевает уход его из жизни. Иногда долгая разлука или прерванные отношения могут нанести серьезную травму личности, сделать ее замкнутой и недоверчивой.

В результате человек будет несколько предвзято относиться к людям, настороженно подходить к новым знакомствам.

Потеря близкого человека наносит тем большую травму, чем более человек считается несостоявшимся в жизни. Если у взрослой личности она вызовет скорбь и боль утраты, то у ребенка превратится в настоящий кошмар, от которого не будет избавления. Когда подорвано доверие, очень трудно становится вновь поверить другому человеку, открыть перед ним свои истинные чувства и потребности. Такого рода травмы дают о себе знать достаточно длительное время.

*3) Катастрофы.* Иногда в жизни случаются события, над которыми человек не властен. Стихийные бедствия, катастрофы оказывают на организм мощное разрушительное воздействие. От внезапных всепоглощающих переживаний нервная система истощается, появляются многочисленные страхи и сомнения. Любые катастрофы приводят к психологической травме. Если на глазах что-то происходит с другим человеком, вряд ли это оставляет невозмутимым и спокойным. Как правило, большинству людей свойственно сопереживание и эмпатия.

Симптомы после полученной психотравмы могут наблюдаться несколько последующих месяцев. В некоторых случаях по прошествии времени они исчезают, однако при напоминании о произошедшем высока вероятность их повторного появления, что обусловлено эмоциональной памятью, которая может заставлять человека переживать события снова.

Пациенты, которые не могут справиться со своими эмоциями и испытывают явные симптомы психических расстройств, необходима специальная помощь. Терапия при психологических травмах показано в тех случаях, когда человек не может справиться с последствиями негативных обстоятельств своими силами.

Мультидисциплинарная команда в ситуации психологической травмы может состоять из специалистов различных специальностей или предметных областей (социальный координатор, психолог, психотерапевт (медицинский психолог) и т. д.), работающих в медицинской организации в одном или нескольких различных отделениях, о чем мы писали выше.

В первую очередь, необходима консультация квалифицированного психолога. Психологи регулярно беседуют с таким людьми, детально разъясняют правила самопомощи.

Важно, чтобы человек научился справляться со своими эмоциями и мыслями самостоятельно, искал в жизни максимум положительных моментов, не заикливался на негативных событиях, избегал стрессов, занимался спортом, не замыкался в себе, окружал себя позитивными людьми, планировал режим дня и уделял внимание своему питанию.

Основная задача психолога заключается в оказании помощи пострадавшему в эмоциональном и психологическом плане.

Работа начинается с разговора, а направление хода беседы на те или иные обстоятельства, приводит к коммуникативным и телесным проявлениям. Человеку предлагается рассказать о чувствах и переживаниях, выявляются личностные дефициты и состояния, с которыми человек справиться не в силах, а также ресурсные состояния, в которых человек способен действовать. Тогда возникает предположение о возможной

психологической травме, а с учетом контекста травмы определяется стратегия лечения. После определения терапевтической мишени – свойства личности или нежелательных эмоциональных проявлений, происходит развитие в ближайших зонах.

Работа профессионала с травмированной личностью проводится в несколько этапов:

1. Стабилизация состояния. Специалист по психодиагностике и терапии личностных нарушений обучает человека навыкам самоуспокоения и саморегуляции. Психике необходимо окрепнуть перед погружением в прошлые события.

2. Трансформация травмы. На этом этапе травма переживается заново, но уже без последствий для психического состояния. Применяются методики гипнотерапии и другие психотерапевтические техники.

3. Избавление от симптомов психотравмы. Постепенно уходят грусть, ощущение личной вины, глубокого горя. Человек переходит на этап проживания психотравмы и принятия ее как уже свершившегося и неотвратимого факта. С ним можно жить дальше.

4. Интеграция события в настоящую жизнь. Случившееся событие человек учится воспринимать как жизненный урок и полученный опыт, находит в нем скрытый смысл и целесообразность. Психологические и физические признаки травмы сглаживаются и постепенно уходят.

В экстремальных, психотравмирующих ситуациях резко повышается уровень тревоги, возникает мышечное напряжение, которое вызывает болевые ощущения в различных частях тела, нарушение дыхания. Тревога сигнализирует о нарушении баланса между индивидом и средой и служит началом адаптационного процесса. Но в экстремальных и чрезвычайных ситуациях нарастающая тревога может быть настолько сильно выражена, что блокирует познавательные процессы, процессы принятия решения, контроля своего поведения, провоцируя эмоциональные нарушения и неадекватность в поведении человека. Происходят изменения и на психофизиологическом уровне. В этом случае могут быть эффективны методы ауторегуляции, направленные на снижение напряженности, тревоги. Несколько универсальных упражнений:

#### *Упражнение 1 «Контролируемое дыхание»*

Сядьте удобно, расслабьте мышцы лица. Сделайте полный выдох. Сделайте вдох на счет четыре. Задержите дыхание на счет четыре. Сделайте полный выдох. Важно! Упражнение начинать с полного выдоха. Повторять не более трех раз, чтобы не вызвать гипервентиляцию и не спровоцировать головокружение.

#### *Упражнение 2 «Бабочка»*

Сядьте удобно. Закройте глаза. Положите левую руку на правое плечо, а правую руку на левое. Начните ритмичные поочередные похлопывания по плечам. Во время упражнения можно включить спокойную музыку. Время на упражнение – максимум 2 минуты.

#### *Прогрессивная нервно-мышечная релаксация по Джекобсону*

Техника основана на последовательном напряжении и расслаблении различных групп мышц. Схема выполняется по одному и тому же алгоритму:

- сначала требуется напрячь определенные мышцы;
- затем осознать, прочувствовать это напряжение;
- расслабить эти мышцы;
- обратить особое внимание на контраст между состоянием покоя и напряжением.

Своевременная проработка психотравмы избавит человека от лишних страданий и последствий в будущем. Лечение психотравмы занимаются профессиональные психологи и психотерапевты, однако поддержка близких людей в такие моменты является необходимой частью выздоровления и исцеления. Кроме того, возможен прием снотворных и седативных препаратов, антидепрессантов и успокаивающих средств. Отменяют применение лекарственных средств после того, как у пациента нормализуется сон и улучшится общее эмоциональное состояние.

#### *13.5.2. Техника работы социального координатора в ситуации психологической травмы*

Поддержка социального координатора не менее результативна, чем помощь психолога. Она может выражаться в тактильных контактах, контактах глаз, ободряющих словах, слушании, разговорах о переживаниях. Возможно даже не придется говорить, но присутствие рядом может быть тем единственным средством, которое в данный момент является для него лечебным. Важно, чтобы кто-то был рядом с человеком, когда он обращается к болезненным переживаниям. Помощь социального координатора человеку при психотравме заключается в следующих аспектах:

- Проявлять сопереживание. Искренне высказанные слова поддержки помогают ощутить свою значимость, напоминают о собственной важности в жизни. Нет смысла отвергать существующую проблему, полезно дать возможность рассказать о наблевшем, поделиться своими мыслями по поводу произошедшего. Нельзя выдвигать обвинения — они ведут к стойкой депрессии и провоцируют более серьезные изменения психики.
- Выражать терпимость. Травмирующие события воспринимаются достаточно тяжело, поэтому всегда требуется время на обдумывание и анализ негативной ситуации.



Взрослый человек в состоянии справиться с сильным стрессом, но время восстановления у каждого индивидуальное. Темпы его сильно различаются в зависимости от темперамента и сложности события.

- Проявлять побольше положительных эмоций. Поддержка окружающих очень важна для пострадавшего. Хотя и не сразу, но с течением времени человек отвлекается в кругу позитивно настроенных единомышленников, начинает радоваться мелочам. Он учится ценить даже незначительный успех и удачу, переключается на занятия любимыми делами и увлечениями.

- Спокойно реагировать на необычное поведение. В качестве рефлекса самозащиты непосредственно после психотравмирующего события в общении могут преобладать раздражение, вспыльчивость, даже агрессия. Иногда люди становятся необщительными, слишком замкнутыми. Такие явления временные, возникают не вследствие злого характера, а из-за стремления оградить себя от дополнительных страданий.

Итак, психологическая травма — сложное явление в жизни, требующее не сиюминутных решений, а грамотного профессионального подхода. Именно он может помочь преодолеть разрушительные последствия жизненных катастроф. Психологи и социальные координаторы предотвращают развитие постстрессовых расстройств, восстанавливают функционирование человека, пострадавшего от травматического события, развивают его стрессоустойчивость.

Комплекс мер при работе с травмой начинается с первой помощи, построенной на легитимации эмоций, нормализации переживаемых пострадавшим состояний и, самое главное, передающей посыл: «Ты – нормальный и здоровый человек, который в этот момент переживает реакции на ситуацию, которая потребовала максимальной мобилизации личностных ресурсов». При правильном применении комплекса мер первой помощи, выстраивании системы поддержки и активизации ресурсов личности большинство пострадавших не будут нуждаться в дальнейшей психотерапии. С помощью правильной тактики практически во всех случаях удастся справиться с травмой, однако в каждом конкретном случае требуется индивидуальный подход.

При необходимости дальнейшей работы применяются психотерапевтические методы, ставящие перед собой задачи не только улучшения качества жизни, но и развития стрессоустойчивости. Специалист фокусируется на развитии новых поведенческих стратегий адаптации, восстановлении ощущения непрерывности жизни и возвращении контроля над собственной жизнью.

### 13.6. Особенности выписки пациента при осложненной госпитализации пациента

Особенность выписки пациента в данном контексте заключается в том, что роль социального координатора не ограничивается только сопровождением пациента в пределах медицинского учреждения, а требуется организация его транспортировки непосредственно до места проживания.

Такая ситуация возникает исходя из особенностей социального функционирования пациента, его мобильности, особенностей заболевания.

Анализируя общие подходы к организации выписки и транспортировки пациента социальным координатором необходимо отметить следующие основные виды деятельности в данном контексте:

- организация подъема пациента непосредственно до места его проживания (подъем на этаж), когда он маломобильный или состояние его здоровья не позволяет ему самостоятельно передвигаться,
- организация сопровождения пациента, при этом социальный координатор следует вместе с пациентом до его места жительства,
- организация сопровождения пациента, когда эту функцию выполняет социальный работник, который будет осуществлять поддержку пациенту по месту жительства,
- организация содействие перевозки лежачих больных.

Рассмотрим особенности сопровождение пациента при сопровождении его до места жительства социальным работником. Данная технология реализуется при участии службы сервиса и УСЗН АО г. Москвы. Социальный координатор осуществляет связь между службами, организует перевозку пациента, осуществляя «теплую передачу», в день выписки непосредственно передает на пациента социальному работнику. Данная технология отображена в таблице 13.11.

**Таблица 13.11**

#### **Транспортировка пациента по маршруту «Больница – дом» в сопровождении социального работника**

Функция выполняется Службой сервиса: информирование УСЗН АО города Москвы о необходимости	<b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b> 1. за сутки уведомить УСЗН АО города Москвы о дате и времени выписки пациента из больницы и необходимости сопровождения	Функция считается выполненной после вызова автотранспорта.	Результат - организована транспортировка пациента по маршруту «Больница – дом» в сопровождении социального работника
---	---	--	--

<p>сопровождения пациента социальным работником.</p> <p>Функция выполняется социальным координатором: организация вызова такси по маршруту «Больница – дом» в сопровождении социального работника.</p>	<p>его до адреса фактического проживания.</p> <p><b>Выполняется социальным координатором:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. за сутки уведомить администратора Службы сервиса о дате и времени выписки пациента;</li> <li>2. в установленное время в день выписки передать пациента социальному работнику;</li> <li>3. осуществить вызов такси;</li> <li>4. убедиться, что такси прибыло на указанное в заказе место;</li> <li>5. попрощаться с пациентом, пожелать ему выздоровления и доброго пути;</li> <li>6. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</li> </ol>	<p>Время предоставления функции администратором Службы сервиса – 15 минут; социальным координатором – не более 30 минут.</p> <p>Функция оказывается однократно при выписке пациента.</p>	<p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;</li> <li>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</li> </ol>
--	---	--	--

### СКРИПТЫ 13.11

(Вопросы должны быть закрытые с однозначной интерпретацией. Вопросы типа «ДА»/ «НЕТ»).

#### **Представление:**

«Добрый день! Меня зовут: Мария Михайловна, я социальный координатор. При больнице открыт центр социальной защиты, мы оказываем содействие пациентам, нуждающимся в помощи. Как к Вам удобно обращаться?

NN»

СК - «Как Вы себя чувствуете?»

NN....

СК - «Ваши родные связывались с Вами, приходили к Вам?

NN....

СК - «ВЫ знаете, когда Вас выписывают?»

NN...

СК - «За Вами приедут родные при выписке из больницы?»

NN...

СК - «Кто за Вами приедет?»

NN...

СК - «Он (они) помогут Вам собрать вещи, спуститься до автомобиля?»

NN...

СК - «Сообщите, мне пожалуйста, марку Вашего автомобиля, номера, чтобы я подготовила заявку на пропуск».

NN...

СК - Если Вам сейчас не удобно, то я зайду к Вам (уточнятся время графика Вашей загрузки) еще и мы с Вами обсудим Ваш отъезд из больницы»

NN...

СК - «Если у Вас будут изменения в выписке, мы Вам поможем. Свяжитесь с нами (предоставление координат для связи)»

NN...

СК - «Поправляйтесь, всего Вам доброго»

NN...

#### **ВАРИАНТ 2.**

**Этап Представление:** (в данном случае уточняется необходимость в транспортировке (Вопросы должны быть закрытые с однозначной интерпретацией. Вопросы типа «ДА»/ «НЕТ»)

- «Добрый день! Меня зовут Мария Михайловна, я социальный координатор. При больнице открыт центр социальной защиты, мы оказываем содействие пациентам, нуждающимся в помощи. Как к Вам удобно обращаться?»

NN....

- Как Вы себя чувствуете?»

NN....

- «Ваши родные связывались с Вами, приходили к Вам?»

NN....

- «Вы знаете, когда Вас выписывают?»

NN...

- «За Вами приедут родные при выписке из больницы?»

NN...

- «Кто за Вами приедет?»

NN...

- «Он (они) помогут Вам собрать вещи, спуститься до автомобиля?»

NN...

- Правильно я поняла, что Вам необходима помощь в пределах учреждения?»

NN...

- «Мы Вам поможем, собрать вещи, вызвать транспорт, посадить Вас на пассажирское место и погрузить Ваши вещи в багажник»

NN...

- «До встречи. Я приду к Вам за день до выписки в (конкретизируйте время) еще раз, чтобы уточнить, что еще Вам необходимо для выписки. Всего хорошего»

NN...

#### ***Второй этап (встреча за день до выписки)***

1. «Здравствуйте я пришла, чтобы уточнить, какая еще помощь необходима Вам?»

NN...

Если просьба не изменилась, то необходимо действовать в логике алгоритма действий №2»

2. Завтра я приду к Вам в (в соответствии со временем выписки), помогу Вам собрать вещи, вызову транспорт, провожу Вас до автомобиля». Всего доброго до завтра».

NN...

#### ***Третий этап (завершающий в день выписки)***

- «Здравствуйте NN! Как Вы себя чувствуете?»

NN...

- Какие вещи Вам помочь собрать?»

NN...

- Все ли документы Вы получили?»

NN...

- Необходима ли Вам помощь в ближайшие дни со стороны социальных работников?»

NN...

- Все ли вещи у Вас собраны?»

NN...

- Вы готовы пройти до автомобиля?»

NN...

- Давайте я Вам помогу сесть на пассажирское место.

NN...

- Давайте я помогу Вам погрузить Ваши вещи!

NN...

- Всего доброго, берегите себя!

#### ***Вариант №3.***

**Представление:** (в данном случае уточняется необходимость в транспортировке (Вопросы должны быть закрытые с однозначной интерпретацией. Вопросы типа «ДА»/ «НЕТ»)

«Добрый день! Меня зовут Мария Михайловна, я социальный координатор. При больнице открыт центр социальной защиты, мы оказываем содействие пациентам, нуждающимся в помощи. Как к Вам удобно обращаться?»

NN....

СК - Как Вы себя чувствуете?»

NN...

СК - «Ваши родные связывались с Вами, приходили к Вам?»

NN...

СК - «Вы знаете, когда Вас выписывают?»

NN...

СК - «За Вами приедут родные при выписке из больницы?»

NN...

СК - Правильно я поняла, что Вам необходима помощь при выписывании из больницы и сопровождению Вас до квартиры?

NN...

СК - «Мы Вам поможем, собрать вещи, вызвать транспорт, посадить Вас на пассажирское место и погрузить Ваши вещи в багажник, будем сопровождать Вас до самой квартиры»

NN...

СК - «До встречи. Я приду к Вам за день до выписки в (конкретизируйте время) еще раз, чтобы уточнить, что еще Вам необходимо для выписки. Всего хорошего»

NN...

#### **Второй этап (встреча за день до выписки)**

СК - «Здравствуйте я пришла, чтобы уточнить, какая еще помощь необходима Вам?»

NN...

СК - Если просьба не изменилась, то необходимо действовать в логике алгоритма действий №3»  
Завтра я приду к Вам в (в соответствии со временем выписки), помогу Вам собрать вещи, вызову транспорт, провожу Вас до автомобиля, буду сопровождать вас в поездке, помогу Вам подняться на этаж до Вашей квартиры».

Всего доброго до завтра».

NN...

#### **Третий этап (завершающий в день выписки)**

СК - «Здравствуйте NN! Как Вы себя чувствуете?»

NN...

СК - Какие вещи Вам помочь собрать?»

NN...

СК - Все ли документы Вы получили?»

NN...

СК - Необходима ли Вам помощь в ближайшие дни со стороны социальных работников?»

NN...

СК - Все ли вещи у Вас собраны?»

NN...

СК - Вы готовы пройти до автомобиля?»

NN...

СК - Давайте я Вам помогу сесть на пассажирское место.

NN...

СК - Давайте я помогу Вам погрузить Ваши вещи!»

NN...

Ведение диалога с пациентом во время поездки, кроме травмирующих личных тем, диагноза пациента, приема медикаментозных средств. (При необходимости, пациента сопровождает психолог)

СК - Давайте я Вам помогу выйти из автомобиля.

NN...

СК - Давайте я возьму Ваши вещи, и мы войдем в подъезд и поднимемся к Вашей квартире»

NN...

СК - Всего доброго, берегите себя!

#### **Общие выводы:**

Особенности технологического процесса социальным координатором в данном контексте во многом определены внутренней картиной болезни пациента. Внутренняя картина болезни пациента определяется как объективными процессами, таким как особенности заболевания, его социально-ролевым поведением, мотивационным установками, мобильностью и рядом других факторов.

В данной технологии большое внимание социальным координатором уделяется коммуникативным процессам реализуемых в процессе общения между профессионалом и пациентом. В этой связи социальный координатор должен быть готов с различными психотическими проявления поведения, агрессивными и пассивным паттернам поведения со стороны пациента 65+.

В контексте реализуемой практики пересматривается оценка, которая учитывает не только особенности заболевания пациента, но согласно концепции, А. Лурия, психологический профиль больного. Это особенно важно, когда необходимо планировать как долговременный уход пациенту, так и предоставление ему необходимых социальных услуг, а также организацию выписку из медицинского учреждения.

Социальный координатор с данными типами пациентов осуществляет не только координацию, но и в составе мультидисциплинарной команды помогает «снимать» определенные тревоги и напряжения в процессе госпитализации.

Диапазон социальных услуг при работе с данными типами пациентами значительно расширится в связи с ограничениями в их в социальном функционировании.

### **Вопросы и задания**

1. Что такое содействие и как оно может быть оказано в социальной сфере?
2. Какие примеры можно привести социального содействия в работе социальных координаторов?
3. Перечислите способы как пристроить четвероногих друзей в надежные руки на время госпитализации в больницу.
4. Что делать, если выписывается иногородний пациент, не имеющий родственников в Москве, которые могли бы осуществлять уход?
5. Как наладить взаимодействие с родственниками, членами семьи с целью дальнейшего жизнеустройства пациента и осуществления ухода за нуждающимся пациентом?
6. Какие психические процессы страдают в наибольшей мере при развитии слабоумия?
7. Охарактеризуйте психосоциальные проблемы пациентов с деменцией.

8. Насколько часто встречается болезнь Паркинсона?
9. Какие реабилитационные методы при болезни Паркинсона и расстройств движений рекомендованы Национальным обществом по изучению этой болезни, а также Союзом реабилитологов России?
10. Что такое коммуникативная технология и как она представлена в клинической социальной работе?
11. Что представляет собой дистанционная связь с родственниками пожилого пациента?
12. Какие возможности имеет не голосовой сервис «Говорю руками» в случае попадания людей с нарушением слуха в медицинскую организацию?
13. Укажите причину предоставления пациенту переводчика в медицинской организации.
14. Какие меры поддержки предусмотрены для семей участников СВО?
15. Какая задача стоит перед социальным координатором в случае, если у пациента дома без присмотра остается совершеннолетний недееспособный и инвалид с детства, маломобильный, или пожилой не мобильный родственник?
16. Что такое содействие и как оно может быть оказано в социальной сфере?
17. Какие примеры можно привести социального содействия в работе социальных координаторов?
18. Перечислите способы как пристроить четвероногих друзей в надежные руки на время госпитализации в больницу.
19. Что делать, если выписывается иногородний пациент, не имеющий родственников в Москве, которые могли бы осуществлять уход?
20. Как наладить взаимодействие с родственниками, членами семьи с целью дальнейшего жизнеустройства пациента и осуществления ухода за нуждающимся пациентом?
21. Что такое психологическая травма?
22. Какие основные причины возникновения психологической травмы?
23. Опишите признаки психологических травм.
24. Перечислите виды психотравм.
25. Проведите симптоматический анализ психотравматизации личности на конкретном примере (жалобы, телесные проявления, особенности психических процессов).

## Глоссарий

**АДАПТАЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ.** Процесс приспособления индивида к изменившейся социальной среде с целью выживания, воспроизводства и развития. Основным способом социальной адаптации является принятие норм и ценностей новой социальной среды, в которую погружается индивид, сложившихся здесь форм социального взаимодействия, а также форм предметной деятельности. Процесс социальной адаптации происходит постоянно, т.к. социальная среда меняется. Новые шаблоны поведения не просто добавляются к ранее изученным, приобретение новых форм поведения постепенно трансформирует психику человека. Адаптированность это состояние, которое достигается в результате успешной социальной адаптации. Успешность социальной адаптации зависит от свойств социальной среды и характеристик индивида. Показателем успешной адаптированности является психологическая удовлетворенность индивида. Показателем низкой адаптированности является стремление индивида переместиться в другую среду, отсутствие у него психологического комфорта. Наступление пенсионного возраста является одним из переломных моментов в жизни человека. С выходом на пенсию начинается новый этап адаптации. По мере старения снижаются приспособительные возможности любого организма - это общее объективное явление, характеризующееся угасанием важнейших жизненных функций физических и психических. В ситуации получения инвалидности адаптация усложняется фактором внезапности или неестественности этого события (в отличие от естественного процесса старения). Пожилой человек, равно как и получивший инвалидность, вынужден приспособляться к состоянию нарушения жизненных функций и учиться жить в новых для него условиях ограничения собственных возможностей. Важным фактором, осложняющим процесс адаптации пожилых и инвалидов, является неприспособленность среды к их ограниченным возможностям. В целом в социальной работе помощь людям путем усиления или поддержания адаптационных способностей клиента является центральной частью стратегий вмешательства.

**АДМИНИСТРАТОР ПРОЕКТА** – сотрудник МФЦ, отвечающий за сопровождение Пациента в Больнице.

**АНДРАГОГИКА** — область педагогики, в которой рассматриваются теоретические и практические проблемы образования взрослых с учетом их особенностей (сформированности черт личности, имеющегося жизненного опыта, культурных, образовательных и профессиональных запросов, роли самообразования и самовоспитания и др.) в системе непрерывного образования. Основные принципы андрагогики: принцип приоритетности самостоятельного обучения; принцип совместной деятельности обучающегося с одноклассниками и преподавателем при подготовке и в процессе обучения; принцип использования имеющегося положительного жизненного опыта (прежде всего социального и профессионального), практических знаний, умений, навыков обучающегося в качестве базы обучения и источника формализации новых знаний; принцип корректировки устаревшего опыта и личностных установок, препятствующих освоению новых знаний; принцип индивидуального подхода к обучению на основе личностных потребностей; принцип элективности обучения; принцип рефлексивности; принцип востребованности результатов обучения в практической деятельности обучающегося; принцип системности обучения; принцип актуализации результатов обучения (их скорейшее использование на практике); принцип развития обучающегося.



**АСТЕНИЯ СТАРЧЕСКАЯ** – Синдром старческой астении, или «хрупкость» (frailty). Старческая астения - ассоциированный с возрастом синдром (ССА, шифр по МКБ-10 R54). Основные клинические проявления: общая слабость медлительность и/или непреднамеренная потеря веса. Сопровождается снижением физической и функциональной активности многих систем.

**БИОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД** — метод профилактики когнитивных нарушений. Изучение жизненных историй пожилых людей с применением метода биографического интервьюирования с целью выявления эмоционально ярких воспоминаний, связанных с ситуациями преодоления жизненных трудностей. Стимуляция воспоминаний способствует принятию пожилыми людьми своей жизни; формирует понимание того, что жизнь прожита не зря. Применение метода начинается с разговора о детстве, родителях и родственниках; положительный эффект дает работа с фотографиями (задавать вопросы о людях, изображенных на фотографии, о сопутствующих событиях, об участии в них, снабжать фотографии подписями и комментариями, раскладывать в хронологическом порядке). Метод можно развивать в двух направлениях: изучения человеком своей генеалогии и изучения исторического контекста, в котором протекала его жизнь, жизнь его родных и предков.

**БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ** — совокупность показателей состояния организма конкретного человека в сравнении с соответствующими среднестатистическими показателями здоровья людей этого же возраста, принадлежащих одной эпохе, одной национальности, одних географических и экономических условий существования.

**БОЛЕЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА** (синонимы: идиопатический синдром, дрожательный паралич (дрожь конечностей), также сенильная деменция альцгеймеровского типа) — наиболее распространённая форма деменции, нейродегенеративное заболевание, впервые описанное в 1907 году немецким психиатром Алоисом Альцгеймером (1864—1915). Как правило, она обнаруживается у людей старше 65 лет. Общемировая заболеваемость на 2006 год оценивалась в 26,6 млн человек, а к 2050 году число больных может вырасти вчетверо.

**БОЛЬНИЦА** – медицинское учреждение г. Москвы, на базе которого создана социальная служба в рамках Проекта.

**БОМЖ** - (акроним, сокр. от «Без Определённого Места Жительства») — термин протокола полиции (советской милиции), в дальнейшем перекочевавший в сленг. Разговорное слово, используемое в российской публицистике и обыденной речи — «БОМЖ» (варианты — «б/о м. ж.», «БОМЖиЗ», «БОМЖиР»). Данным сокращением обозначались бездомные. С 1990-х годов в России и иных странах СНГ, когда бродяжничество, отсутствие определённого места жительства стало массовым явлением, слово стало распространённым и нарицательным; часто употребляется в уничижительном смысле применительно к опустившимся людям, ведущим асоциальный образ жизни. Ранее примерно в том же смысле употреблялось слово «бич». Бомжи, живущие на трубах теплотрасс, называются труболётами. БОМЖи в холодное время года являются частыми пациентами скорпомощных комплексов. Социальным координаторам нужно знать, что в Москве помогает БОМЖам Государственное казенное учреждения города Москвы Центр социальной адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий имени Е.П.Глинки. Центр на улицах Москвы выявляет граждан, нуждающихся в оказании социальной помощи; оказывает срочную социальную помощь в виде ночлега; оказывает

полный спектр социальных услуг лицам, попавшим в критическую ситуацию на территории г. Москвы. Все услуги для граждан оказываются исключительно на безвозмездной основе.

**БРОДЯЖНИЧЕСТВО.** Социальное явление, характеризующееся скитанием (бесцельным перемещением) лиц, не имеющих определенного места жительства, в течение длительного времени по территории страны либо в пределах населенного пункта. Для этого явления характерны сезонность миграционных процессов и концентрация преимущественно в местах массового скопления населения (вокзалы, базары, метро, подземные переходы и т.п.). Наибольшее распространение бродяжничество получает в периоды социальных потрясений и стихийных бедствий (войн, голода, наводнений). Государство вынуждено заниматься различными аспектами бродяжничества по санитарно-гигиеническим соображениям. Кроме того, бродяжничество представляет собой определенный криминальный фактор: в среде бродяг находят временное пристанище преступники; сами занимающиеся бродяжничеством лица в поисках средств к существованию часто совершают преступления. В советский период бродяжничество преследовалось в уголовном порядке как форма уклонения граждан от общественно полезного труда, проявление паразитического образа жизни, социального тунеядства. С конца 90-х гг. XX века в России происходит профессионализация системы социальной поддержки бездомных: создаются социальные гостиницы, дома ночного пребывания, специализированные реабилитационные центры для бродяг. В Москве Государственное казенное учреждение города Москвы Центр социальной адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий имени Е.П.Глинки работает с целью реализации государственной политики в сфере социальной поддержки граждан, попавших в трудную жизненную ситуацию на территории г. Деятельность по трём приоритетным направлениям: работа на улицах г.Москвы, с целью выявления граждан, нуждающихся в оказании социальной помощи; оказание срочной социальной помощи в виде ночлега; оказание полного спектра социальных услуг лицам, попавшим в критическую ситуацию на территории г. Москвы. Все услуги для граждан оказываются исключительно на безвозмездной основе.

**ВОЗРАСТНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ.** Распределение лиц старшего возрастного слоя по группам в зависимости от возраста. Существуют различные подходы к возрастной классификации старшего поколения. Советские демографы С.Г. Струмилин и Б.Ц. Урланис: старшая возрастная группа подразделяется на пожилой возраст (60-69 лет), раннюю старость (70-79 лет), глубокую старость (после 80 лет). Европейское региональное бюро ВОЗ (1973) приняло решение считать: возраст 60-74 года пожилым, 75-89 лет старческим, 90 лет и старше возрастом долгожителей. В нашей стране в 1965 г. была принята следующая схема возрастной периодизации старшего поколения: пожилой возраст: 61-74 года мужчины, 56-74 года женщины; старческий возраст: 75-90 лет мужчины и женщины; долгожители: 90 лет и старше мужчины и женщины. Согласно актуальной классификации Всемирной организации здравоохранения, поколение лиц старшего возраста разделяется на подгруппы: возраст до 44 лет считается молодым; 45-59 – средним; 60-74 – признан пожилым; 75-89 – старческим; люди 90-100 и старше – долгожителями. При достижении 80-летнего рубежа в связи с тем, что в данном возрасте возрастает вероятность затруднений в самообслуживании и экономической зависимости человека, законодательством ряда стран, в том числе России, предусмотрены надбавки к пенсии на уход. Однако проблема определения возрастных границ остается открытой.

**ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА НАСЕЛЕНИЯ** — характеристика населения по возрастным группам, поколениям, когортам, которые создают базу для демографического, социального и экономического анализа. Группы могут иметь годовые, 5- и 10-летние интервалы, когорты дают более развернутые классификации жизненных циклов. Общество, в котором удельный вес людей 65 лет и старше превышает 7 % от всего населения, по классификации ООН называют старым. Большинство развитых стран из-за низкого уровня рождаемости и смертности пожилых людей относятся к данной категории. Общество, в котором доля людей старше 65 лет ниже 4 %, по той же классификации считается молодым.

**ГАРДЕНОТЕРАПИЯ** — особое направление психосоциальной профессиональной реабилитации при помощи приобщения к работе с растениями. Практика показывает, что пожилые люди с удовольствием выращивают растения и ухаживают за ними. Особое эмоциональное настроение, связанное с выполнением необходимой работы, психически балансирует и успокаивает. Этот вид деятельности имеет ярко выраженную психотерапевтическую направленность, что позволяет использовать его при коррекции поведенческих и эмоциональных расстройств, в восстановительном периоде после перенесенных заболеваний, для улучшения психоэмоционального состояния людей с патологией тех или иных органов и систем.

ГБУ КЦМП – Государственное бюджетное учреждение «Координационный центр по межведомственным проектам».

**ГЕРИАТРИЯ** — раздел клинической медицины, изучающий особенности заболевания у людей пожилого и старческого возраста и разрабатывающий методы их лечения и профилактики. Одна из основных задач гериатрии — выяснение возможностей влияния на процесс преждевременного старения. По современным научным данным, старение — физиологический процесс, поэтому плохое самочувствие у лиц пожилого возраста, как правило, связано с какой-либо патологией. Выделяют бессимптомные возрастные изменения, недомогания, не дающие клинических проявлений и часто наблюдающиеся у практически здоровых людей пожилого и старческого возраста, имеющие хроническое течение, иногда с осложнениями. Сочетание болезней, ранее существовавших и развивающихся в более поздние возрастные периоды, объясняет часто наблюдающуюся в пожилом и старческом возрасте множественность патологических поражений в различных комбинациях (мультиморбидные заболевания). Структура заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста имеет свои особенности. Основную форму патологии составляют хронические заболевания: общий атеросклероз, кардиосклероз, гипертоническая болезнь, поражения сосудов головного мозга, эмфизема легких, сахарный диабет, болезни глаз, новообразования.

**ГЕРОГИГИЕНА** — раздел геронтологии, изучающий влияние условий жизни на процесс старения человека и разрабатывающий мероприятия, направленные на предупреждение патологического старения и создание условий, обеспечивающих населению длительную, дееспособную, здоровую жизнь. Герогигиена как комплексная социально-биологическая наука использует методы исследования и данные физиологии, психологии, патологии, гигиены, санитарной статистики, демографии и социологии.

**ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР** — государственное (негосударственное) специализированное учреждение стационарного социального обслуживания, предназначенное для постоянного, временного (сроком до шести месяцев) проживания и

проживания пять дней в неделю граждан пожилого возраста (мужчин старше 60 лет и женщин старше 55 лет), в том числе инвалидов, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постоянном постороннем уходе; создания соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности; проведения мероприятий медицинского, психологического, социального характера, а также для организации питания, ухода и посильной трудовой деятельности, осуществления научно-практической и организационно-методической работы в области геронтологии и гериатрии. В состав центра могут входить структурные подразделения, обеспечивающие выполнение основных задач по приему и размещению клиентов; изучению причин и закономерностей процесса старения, факторов, препятствующих этому процессу; предоставлению необходимых социальных услуг указанным выше лицам; проведению научно-практической и организационно-методической работы в области геронтологии и гериатрии.

**ГЕРОНТОЛОГИЯ** — медико-биологический раздел, изучающий закономерности старения живых существ, в том числе человека. Задачей биологии старения является выяснение первичных механизмов старения, установление их взаимосвязи в процессе жизнедеятельности организма, определение возрастных особенностей адаптации организма к окружающей среде. Изучение биологии старения имеет большое значение для правильного понимания генеза заболеваний, характерных для лиц пожилого и старческого возраста, правильной их терапии и разработки мер рациональной профилактики. Геронтология связана практически со всеми специальностями клинической медицины. Геронтологические исследования определяют изменения, вызванные возрастом или старением как таковыми, т.е. изменения, связанные исключительно со старением, а не с социальными или культурными факторами, действие которых может отличаться в разных популяциях. Растущее признание в геронтологии важности кросскультурных и межнациональных исследований отражает попытки сконцентрировать внимание на этом вопросе и исследовать эффективность отличающихся в разных культурах принципов и методов борьбы со старением.

**ГЕРОНТОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНАЯ** — область знания, изучающая особенности пожилых людей как определенного социально-демографического слоя: образ жизни пожилых людей в мегаполисе, крупном и малом городе, сельской местности; способы их социальной адаптации к новым условиям в связи с выходом на пенсию, перемены в их социальном статусе и престиже, материальном и семейном положении, социальной роли и т.д. Процесс старения населения порождает ряд социально-экономических проблем: рост в обществе непроизводительных групп, увеличение в связи с этим нагрузки на трудоспособное население, возрастание численности престарелых лиц, требующих долговременного ухода и медицинской помощи, и др.

**ГЕРОНТОПСИХОЛОГИЯ** — отрасль геронтологии и возрастной психологии, использующая общепсихологические средства и методики для изучения особенностей психики и поведения лиц пожилого и преклонного возраста. Изучает взаимосвязь при старении общих физиологических характеристик и психологических особенностей поведения, а также личностные сдвиги, порождаемые изменением характера деятельности и ценностных ориентаций. Общей целью науки является изыскание средств продления активной и полноценной жизни человека.

**ГЕРОНТОФОБИЯ**— антипатия к пожилым и старым людям, к старости. Иногда определяется как боязнь старых людей или старости.

**ДЕЕСПОСОБНОСТЬ.** Способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их. В соответствии с Гражданским кодексом РФ, дееспособность возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия. Дееспособности экспертиза определение в установленном порядке способности гражданина своими действиями осуществлять гражданские права и исполнять гражданские обязанности. Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным. Над ним устанавливается опека. Гражданин, который вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности. Над ним устанавливается попечительство.

**ДЕЗАДАПТАЦИЯ.** Разрушение адаптивных, приспособительных механизмов. В пожилом возрасте дезадаптация проявляется в разрушении устоявшихся социальных связей вследствие потери работы, ухода из жизни друзей, близких, изменения социальных ролей и утраты доминирующего статуса в семье, ухудшения общего состояния здоровья и снижения подвижности.

**ДЕМЕНЦИЯ** (лат. *dementia* — безумие) — приобретённое слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых.

ДЗМ – Департамент здравоохранения г. Москвы.

**ДОМ ПРЕСТАРЕЛЫХ / СОЦИАЛЬНЫЙ ДОМ** — стационарное учреждение социального обслуживания для престарелых граждан, не имеющих возможности жить в семье и нуждающихся в постоянном уходе. В дома для престарелых принимаются граждане, достигшие пенсионного возраста: женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет, у которых отсутствуют трудоспособные дети. Причины проживания в социальном доме можно сгруппировать по трем видам: социальные, психологические и медико-социальные. К социальным чаще всего относятся отсутствие жилья или угроза его утраты, минимальный размер пенсии, отсутствие социальных служб вблизи от места жительства. Психологические причины могут быть разнообразны (невозможность проживания в семье с близкими и родными и т.д.). Медико-социальные причины заключаются в том, что большинство пожилых людей, тем более одиноких, нуждаются (в разной степени) в постоянном медицинском наблюдении и уходе, в психологической поддержке и психиатрической помощи. Проживающие в социальном доме получают 25 % причитающейся им суммы пенсии, 75 % зачисляются на счет интерната, берущего на себя все материальные затраты по уходу и содержанию престарелых людей.

**ДОМ-ИНТЕРНАТ (ПАНСИОНАТ) ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙНЫ И ТРУДА** — специализированное учреждение стационарного социального обслуживания, предназначенное для постоянного, временного (сроком до шести месяцев) проживания и проживания пять дней в неделю ветеранов войны и труда, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся в постоянном постороннем уходе, а также для создания соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведения мероприятий медицинского, психологического,

социального характера, обеспечения питания и ухода, организации посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга. В состав дома-интерната могут входить структурные подразделения, обеспечивающие выполнение основных задач по приему и размещению клиентов, предоставлению им всех видов социальных услуг, а также карантинное отделение, изолятор, морг, ритуальный зал.

ДТСЗН - Департамент труда и социальной защиты населения г. Москвы.

**ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ В СЕМЬЕ.** Злоупотребление силой, властью, материальной зависимостью в отношениях с детьми, пожилыми людьми, супругами и другими членами семьи. Этим термином обозначается социальная проблема, при которой здоровье, жизнь, имущество человека находятся под угрозой или им наносится вред в результате осознанного поведения члена его семьи. Препятствиями к раскрытию всех форм насилия в семье, особенно насилия по отношению к взрослым жертвам, служили прочно укоренившиеся социальные стереотипы и социальные установки относительно семьи, природы насилия и его форм. Многие виды насилия в быту узаконены с молчаливого согласия общества. В конце 70-х годов американскими исследователями К.Пиллемером и Р.Вольфом были описаны следующие параметры плохого обращения с пожилыми людьми: физические оскорбления: нанесение физического вреда, травм, физическое принуждение, сексуальные домогательства; психологические оскорбления: причинение духовных страданий, словесные оскорбления и издевательства над психикой («игра на нервах»); материальные злоупотребления: эксплуатация труда пожилого члена семьи в своих интересах, незаконное изъятие денег, использование собственности в корыстных целях; преднамеренное пренебрежение своими обязанностями: невыполнение обязательств по уходу за нуждающимся человеком, включающее сознательное создание физического или эмоционального стресса; пассивное пренебрежение: невыполнение обязательств по уходу за нуждающимся человеком без сознательного и преднамеренного создания физического или эмоционального стресса. Выявление случаев жестокого обращения с пожилыми людьми осложняется рядом проблем. Одна из них состоит в том, что процессы старения иногда приводят к изменениям в организме, которые трудно отличить от последствий плохого обращения. Другая проблема заключается в нежелании самих пожилых людей сообщать о плохом, а подчас и просто жестоком обращении с ними. Как правило, такое поведение связано с: боязнью ухудшить ситуацию или вызвать месть со стороны виновных; боязнью помещения в специальное учреждение; ощущением частичной собственной вины (за агрессивное поведение собственных: мужа, детей, внуков); желанием сохранить конфиденциальность личной жизни («не выносить сор из избы»). Исследования данной проблемы показали, что домашнее бытовое насилие зависит не столько от социального и экономического положения, этнической принадлежности, сколько от наличия в семье кризисной ситуации (алкоголизм, наркомания, неизлечимое заболевание и др.). Защита более слабых членов семьи (детей, инвалидов, людей пожилого возраста) от жестокого обращения в семье одна из важнейших задач социального работника. Порой подвергаемые жестокому обращению запуганы или не в состоянии рассказать о том, что с ними происходит, в силу непонимания или по иным объективным причинам. Как правило, такой вид поведения скрыт от глаз окружающих. В некоторых случаях следов не остается, или они быстро исчезают. Поэтому клиническому социальному работнику, социальному координатору желательно знать прямые и косвенные признаки, которые могут указывать на наличие жестокого обращения в семье по отношению к детям, инвалидам, пожилым людям. Это агрессивное, раздражительное поведение, отчужденность, равнодушие, излишняя уступчивость или осторожность непонятного происхождения, боли в животе,

проблемы с едой от систематического переедания до полной потери аппетита, беспокойный сон, кошмары, ночное недержание мочи. Совокупность таких признаков должна стать причиной для серьезного исследования ситуации в семье. Участие в диагностике специалиста по социальной работе, психолога, врача, иногда сотрудника органа внутренних дел должно дать объективную картину происходящего и поможет пресечь жестокое обращение с взрослыми или несовершеннолетними членами семьи. Проявление жестокости может служить предлогом для уголовного преследования виновного в жестоким обращении. В силу того, что жестокость по отношению к пожилым людям в большинстве случаев остается безнаказанной, социальный работник призван информировать пожилых людей о существующих социальных, правовых и медицинских службах, в которые они могут обратиться за помощью; осуществлять профессиональное взаимодействие с ближайшим окружением пожилых людей с целью предупреждения, выявления и регулирования конфликтов (как эмоциональных, так и физических); способствовать созданию групп взаимопомощи, информировать о существовании подобного рода групп, стимулировать развитие самозащиты.

**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ** — активная деятельность людей, направленная на сохранение и улучшение здоровья как условия и предпосылки осуществления и развития других сторон и аспектов образа жизни, на преодоление «факторов риска» возникновения и развития заболеваний, оптимальное использование в интересах охраны и улучшения здоровья социальных и природных условий и факторов образа жизни.

**ЗДОРОВЬЕ** — такое состояние организма человека, когда функции всех его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения. Выделяют несколько компонентов понятия “здоровье”: биологическое, психическое, социальное. Биологическое здоровье связано с организмом и зависит от динамического равновесия функций всех внутренних органов, их адекватного реагирования на воздействие окружающей среды. Характеризуется совершенной саморегуляцией и максимальной адаптацией к окружающей среде и содержит две составляющие: соматическое здоровье — текущее состояние органов и систем организма человека, основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития; физическое здоровье — уровень роста, развития органов и систем организма, основу которого составляют морфологические и функциональные резервы, обеспечивающие индивидуальные приспособительные реакции. Психическое здоровье — сохранность познавательных способностей и интеллектуальных возможностей человека, наличие или отсутствие каких-либо психических расстройств, уравновешенность эмоциональных реакций. Социальное здоровье связано с влиянием на личность других людей, общества в целом и зависит от места, роли человека в межличностных отношениях, нравственного здоровья социума. Это мера социальной активности, форма активного и деятельного отношения к миру.

**ИГРОВАЯ ТЕРАПИЯ** — комплекс реабилитационных игровых методик. Нередко игротерапия рассматривается как средство для снятия патологических психических состояний человека. Являясь уникальным средством комплексной реабилитации, эта технология может выполнять функции социализации, развития, воспитания, адаптации, релаксации, рекреации и др. При этом травмирующие жизненные обстоятельства переживаются в условном, ослабленном виде. Игротерапия помогает опробовать типы поведения, выделив наиболее подходящие для конкретной личности в определенной жизненной ситуации. Именно ролевое поведение отражает психологическое состояние и

функциональные тенденции человека. Любая игра может быть адаптирована к возможностям пожилых путем корректировки соответствующего игрового элемента.

**ИНВАЛИД.** Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ. Для человека, ставшего инвалидом, начинается новый этап жизни: деформируются привычные жизненные стереотипы, нарушается сложившаяся система социальных контактов, меняется социальный статус личности, появляются барьеры при осуществлении элементарных действий. В пожилом возрасте ситуация усугубляется снижающимися приспособительными возможностями организма. В таких обстоятельствах человеку необходима не только медико-социальная, но и социально-психологическая помощь, направленная на адаптацию к своему состоянию. Обучение навыкам жизни в новых условиях. Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы.

**ИНВАЛИДНОСТЬ** - социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты. В Конвенции ООН о правах инвалидов (2006), ратифицированную нашей страной, заявляется, что «инвалидность – это эволюционирующее понятие и что инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушение здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими». Современная концепция инвалидности учитывает существование тесной связи между ограничениями, которые испытывает человек, и характером его окружающей среды, отношением общества к инвалидам. Это социально формируемое явление, которое воспроизводится обществом. С одной стороны, причиной ограниченных возможностей инвалидов во многом выступает неприспособленность окружающей среды к их специфическим потребностям: неприспособленность жилых и общественных помещений (магазинов, кинотеатров, кафе, вокзалов и т.п.), транспорта, тротуаров, подземных переходов и проч., отсутствие или недостаток специальных бытовых приспособлений для самостоятельного передвижения и повседневного самообслуживания в квартирах. Эти обстоятельства ограничивают участие людей, имеющих и., во всех аспектах жизни общества, доступ их к информации, спорту, досугу. С другой стороны, важным фактором, который воспроизводит неравенство между инвалидами и неинвалидами, является отношение общества к первым: негативные стереотипы, предрассудки определяют нетипичных людей как «дефектных», «убогих», дискриминируют их и их семьи. Это приводит к социальной изоляции, нарушению взаимосвязей между человеком, имеющим инвалидность, и обществом. Такое понимание инвалидности перед социальной политикой государства ставит цель создания условий для обеспечения равных возможностей для данной категории граждан участвовать в жизни общества.

**ИНТЕГРАЦИЯ В ОБЩЕСТВО.** Процесс восстановления разрушенных или упрочение и развитие имеющихся связей человека с социумом, обеспечивающий его включенность в основные сферы жизнедеятельности: труд, быт, досуг. Это своего рода итог социальной работы в той сфере, где индивид был лишен или ограничен в возможностях быть



равноправным членом общества (бомж, инвалид, пожилой человек). Интеграция в общество достигается за счет социальной реабилитации и абилитации человека.

**ИНТЕРВЕНЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ** - происходит от позднелат. *intementio* — вмешательство. В социальной работе интервенции представлены различными формами профессиональной активности. Понятие «интервенция» в социальной работе включает в себя более широкий спектр различных видов деятельности, приводящих к изменению трудных жизненных ситуаций клиентов. В теории и практике социальной работы термин «интервенция» широко сочетается с такими понятиями, как психотерапия, консультирование, медиация, социальное планирование, он отображает сущность процессов изменения, развития и поиска ресурсов.

**КАЛЕНДАРНЫЙ ВОЗРАСТ**— количество лет, прожитых человеком со времени рождения и подтвержденных документально.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ.** Понятие «качество жизни» обычно употребляется для характеристики того, насколько благоприятно складывается жизненная ситуация для тех или иных индивидов как членов определенной социальной группы. Существует множество показателей «качества жизни», которые условно можно разделить на две группы: объективные и субъективные. Критерием объективной оценки качества жизни служат существующие нормативы потребностей и интересов людей, по отношению к которым можно объективно судить о степени удовлетворения этих потребностей и интересов. В данном случае исследуются финансовое положение человека (уровень жизни), состояние его здоровья, жилищные условия, семейное положение и др. С субъективной позиции под «качеством жизни» понимается то, что разные люди оценивают качество своей жизни по-разному. При этом часто понятие «качество жизни» связывается с понятием «счастье» и «удовлетворенность жизнью» жизнью в целом или отдельными ее сферами. При статистическом исследовании качества жизни населения на протяжении последних десятилетий наиболее разработанными являются системы показателей ООН, ЮНЕСКО, ОЭСР, а также система показателей Комиссии по измерению экономических результатов и социального прогресса. Программа развития ООН при оценке качества жизни использует показатели ожидаемая продолжительность жизни при рождении, средней продолжительности обучения, ожидаемой продолжительности обучения, ВНД на душу населения. В качестве интегрального показателя используется Индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП). ЮНЕСКО оценивает качество жизни с использованием следующих групп показателей: здоровье; образование; рациональное питание; стабильная, экологически чистая окружающая среда, включая жилище; безопасность; здравоохранение; участие в жизни общества; создание необходимых услуг для развития общества; справедливость; равенство мужчин и женщин. ОЭСР - Организация экономического сотрудничества и развития, выделяя группы показателей качества жизни, руководствуется тем, что общественное развитие настолько сложно и многогранно, что материальное благосостояние не может быть исключительной целью развития, а, скорее, является средством для обеспечения лучших условий жизни. Соответственно, статистическое исследование качества жизни в странах ОЭСР осуществляется с использованием следующих групп показателей: здоровье; образование; занятость и качество трудовой жизни; досуг и отдых; состояние потребительского рынка товаров и услуг; состояние окружающей среды; личная безопасность; социальные возможности и социальная активность. В целом такой показатель, как «качество жизни» пенсионеров по возрасту, можно использовать в практике социальной работы, когда социальный работник на этапе первого знакомства и в процессе взаимодействия с пожилым клиентом оценивает и

отслеживает изменения различных показателей качества его жизни, как объективных (условия жизни, наличие социальных контактов, обстановка в семье и т.д.), так и субъективных (самочувствие клиента, его оценка жизни и потребности) (скрининг). Выявление потребностей пожилого человека, с одной стороны, позволяет определять оптимальные формы работы с ним и виды социальных услуг, в которых он нуждается.

**КИНЕЗОТЕРАПИЯ** — лечение движением. Широко применяется для реабилитации неврологических больных, инвалидов и лиц пожилого возраста. В кинезотерапии используются физические упражнения трех видов: гимнастические, спортивно-прикладные и игры. Кинезотерапия проводится в форме групповой или индивидуальной гимнастики. С целью повышения физической нагрузки в практике кинезотерапии широко используются снаряды, простейшие устройства (мячи, обручи, палки, гантели и др.) и тренажеры.

**КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ И КЛИЕНТОЦЕНТРИЧНОСТЬ** — близкие понятия, и не тождественные. У них есть одно отличие — в подходе. Клиентоориентированность предполагает конкретные действия, с помощью которых бизнес узнаёт о потребностях и желаниях аудитории и удовлетворяет их. Клиентоцентричность — более широкое понятие. Это модель построения бизнеса вокруг клиента — его «болей», проблем, желаний.

**ЛАНДШАФТОТЕРАПИЯ** — одна из форм психотерапии людей пожилого возраста, заключающаяся в лечебном, профилактическом и реабилитационном действии географической и культурной среды на психическое и физиологическое состояние человека. Основная цель ландшафтотерапии — коррекция измененного функционального и психологического состояния человека. Среди задач ландшафтотерапии первоочередными являются следующие: преодоление отрицательных эмоций, переживаний; воздействие на умственную и физическую работоспособность; стимуляция ассоциативной способности, творческой активности; создание благоприятного психологического фона для проведения психотерапевтических процедур; устранение психологического дискомфорта. Она отвлекает от мыслей о болезни, повседневных хлопот, способствует преодолению эгоцентризма, избавляет от депрессии.

**МЕДИАЦИЯ** - это эффективная технология разрешения конфликтов, которая начинает использоваться в разных областях жизни. Медиация при решении семейных и деловых споров помогает людям найти взаимоприемлемые решения и достичь взаимопонимания, предотвращая долгий, стрессогенный и затратный судебный процесс. Технология медиации основывается на активном добровольном участии сторон конфликта, предоставляя им возможность самостоятельно находить компромиссное решение при посредничестве нейтрального медиатора. Основным принцип медиации - добровольность участия всех сторон.

**МЕДИАЦИЯ МЕПОКОЛЕНЧЕСКАЯ** – это процесс разрешения семейных споров между представителями старшего поколения с детьми и внуками, основанный на активном участии медиатора как независимой и нейтральной третьей стороны. Медиация может сыграть важную роль в разрешении межпоколенческих конфликтов между членами семьи, связанных с уходом за стареющими людьми, наследством, семейными активами и другими проблемами. Социальные координаторы в больницах сталкиваются с ситуацией, когда при выписке пожилого человека, особенно с когнитивными нарушениями, родные дети и внуки не торопятся забирать старшего родственника домой. И социальные координаторы с помощью переговоров переубедили младших родственников. В Москве Центр медиации и социально-правовой помощи при ГБУ «Содействие» нацелен на осуществление (семейной и) межпоколенческой медиации между пациентами преклонного возраста и их детьми и

внуками в т.ч. в больницах, клиниках и скоропомощных комплексах, в целях ориентирования членов семьи на осуществление родственного ухода за нуждающимися в долговременном уходе старшими родственниками на дому.

**МЕДИКОСОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА.** Признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.(в ред. Федерального закона от 01.12.2014 N 419-ФЗ). Бюро МСЭ находятся в ведении Минтруда России и включают в свою структуру: Федеральные бюро в Москве; главное бюро в каждом субъекте РФ; бюро МСЭ, работающие в регионах. До 2024 года бюро продолжают работать по территориальному принципу. Помимо установления инвалидности в число ключевых задач МСЭ входит: разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА); расчет степени утраты профессиональной трудоспособности; оценка потребности в постоянном уходе; выявление причин смерти инвалида. Новый порядок похождения медико-социальной экспертизы утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 апреля 2022 года №588. Перечень обследований, которые нужно пройти для похождения экспертизы, утвержден в совместном Приказе Минтруда и Минздрава от 10 июня 2021 года №402н/631н.

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ** – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развивающегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности реабилитанта и его социальную интеграцию в общество.

**МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ БОЛЬНИЦЫ** – заведующие отделениями, врачи, старшие медицинские сестры и иные сотрудники больницы.

**МЕМУАРОТЕРАПИЯ** — метод психологической реабилитации и мотивирования жизненной активности пожилых людей, представляющий собой сочетание элементов биографического метода и интеллектуальной трудотерапии. Основан на комплексном информационном воздействии на пожилого человека его собственных воспоминаний и дополнительных сведений документального характера из архивных материалов, газет, дневников и т. п. Можно предложить пожилому человеку написание дневников для “внутреннего пользования”, которые послужат основой для настоящих мемуаров; написание статей, ориентированных на публикацию в местных газетах; создание книги воспоминаний (может храниться в семье или публиковаться), участие в работе литературной студии.

**МФЦ** – многофункциональный центр - организация, которая предоставляет гражданам различный спектр государственных и муниципальных услуг по принципу «единого окна». МФЦ Проекта – Служба сопровождения Пациента в Больнице.

**НАВЫКИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.** Сформированные умения, необходимые для профессиональной деятельности социального работника (трудовые действия, необходимые

умения и знания, в соответствии с Профессиональным стандартом). Можно выделить 12 основных навыков социальной работы. Социальный работник должен уметь: 1) выслушивать других с пониманием и определенной целью; 2) выявлять информацию и подбирать соответствующие факты для составления социальной истории клиента, оценки и отчета; 3) наблюдать и интерпретировать вербальное и невербальное поведение, используя знание теории личности и методы диагностики; 4) вовлекать клиентов (отдельных людей, семьи, группы, общины) в процесс решения их проблемы и добиваться взаимного доверия; 5) обсуждать сложные для клиента темы доверительно и без угроз; 6) находить оптимальные решения для обеспечения потребностей клиента; 7) определять необходимость прекращения вмешательства в действия клиента; 8) выполнять роль посредника и руководителя переговоров между конфликтующими сторонами; 9) предоставлять услуги по осуществлению связей клиента с организациями, создавать и поддерживать профессиональные взаимоотношения при оказании помощи клиенту. К необходимым навыкам социального работника относятся: умение ясно говорить и писать, обучать других, быть образцом ролевого поведения в профессиональных взаимоотношениях, интерпретировать сложные психические явления, определять и находить доступ к источникам, необходимым для оказания помощи клиенту, критически оценивать свою деятельность и чувства, используя при этом профессиональную помощь или консультации, взаимодействовать с клиентом в состоянии стресса, справляться с конфликтными ситуациями, находить подход к придиричивым клиентам.

**НАСИЛИЕ НАД ПОЖИЛЫМИ** — активные действия членов семьи, родственников, опекуна (попечителя), приводящие к возникновению у пожилого человека физических, психологических травм и (или) экономических потерь, а также пренебрежение нуждами пожилого человека, неспособность указанных лиц осуществлять должный уход даже при наличии всех необходимых ресурсов.

**ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ** - любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

**ОБРАЗОВАНИЕ ПОЖИЛЫХ**—технология социально-педагогической поддержки пожилых людей, направленная на эффективную адаптацию пожилого человека к изменяющимся социально-экономическим условиям, профилактику старения, выявление и реализацию индивидуальных ресурсов личности и призванная удовлетворить ожидания пожилого человека, его социокультурные потребности. Пример – Московский «Серебряный университет» является надежным партнером и крупным образовательным центром проекта «Московское долголетие».

**ОГРАНИЧЕНИЯ ПРАВ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ.** Ограничения прав граждан пожилого возраста и инвалидов при оказании им социальных услуг допускаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством, и могут выражаться в помещении этих граждан без их согласия в учреждения социального обслуживания в случаях, если они лишены ухода и поддержки со стороны родственников или иных законных представителей и при этом не способны самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности (утрата способности к самообслуживанию и/или активному передвижению) или признаны в установленном

законом порядке недееспособными (См. ст.15 Федерального закона от 02.08.1995 N 122-ФЗ (ред. от 25.11.2013) "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" Статья 15. Ограничения прав граждан пожилого возраста и инвалидов при оказании им социальных услуг).

**ОДИНОЧЕСТВО** — социально-психологическое состояние, характеризующееся недостаточностью или отсутствием социальных контактов, поведенческой отчужденностью и эмоциональной неудовлетворенностью индивида характером и кругом его общения. Наиболее остро одиночество воспринимается человеком в ситуациях принудительного общения или принудительного ограничения общения. Одиночество становится одной из основных социальных проблем пожилого человека, для разрешения которой необходимо создавать услуги для данной категории населения, развивать и совершенствовать формы социальной помощи одиноким, вести целенаправленную работу по предупреждению одиночества.

**ОПЕКУНСТВО НАД ПОЖИЛЫМИ.** Правовая форма защиты личных и имущественных интересов пожилых граждан. Регламентируется Семейным и Гражданским кодексами РФ. Юридически правомерным является существование двух форм опекунов: в виде опеки и попечительства. Опека устанавливается над пожилыми людьми, признанными по суду недееспособными в силу душевной болезни или слабоумия. Попечительство устанавливается над дееспособными гражданами, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно защитить свои права и интересы, и над гражданами, которые судом ограничены в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами. В соответствии с действующим в России законодательством органами опеки и попечительства являются органы местного самоуправления. Функции по опеке и попечительству осуществляются: через органы здравоохранения в отношении лиц, признанных судом недееспособными или ограниченно дееспособными; через органы социальной защиты населения в отношении дееспособных лиц, нуждающихся в попечительстве по состоянию здоровья. Опекун законный представитель подопечного, выступающий в защиту его прав и интересов, совершающий от его имени бытовые сделки (для других сделок требуется разрешение органов опеки и попечительства). Опекун может быть назначен только с его согласия с учетом его нравственных и иных личных качеств, способности к выполнению обязанностей опекуна, отношений, существующих между ним и лицом, нуждающимся в опеке, а если это возможно и желания подопечного. Обязанности опекуна выполняются безвозмездно. Опекунами граждан, нуждающихся в опеке и находящихся или помещенных в соответствующие лечебные учреждения, учреждения социальной защиты населения, являются эти учреждения. Опекун может быть только совершеннолетний дееспособный гражданин. При ненадлежащем выполнении своих обязанностей опекуны могут быть отстранены от опеки, а в ряде случаев (использование опеки в корыстных целях и др.) привлечены к уголовной ответственности.

**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ДЕТЕЙ ЗА РОДИТЕЛЕЙ.** Обязанность взрослых детей обеспечить эмоциональную, бытовую, финансовую поддержку своим родителям. Эта ответственность может быть основана на эмоциональной, культурной или религиозной основах, а в некоторых странах (в том числе России) регламентирована законом. Согласно Семейному кодексу РФ, дети могут быть освобождены от обязанностей по содержанию своих нетрудоспособных, нуждающихся в помощи родителей, если судом будет установлено, что родители уклонялись от выполнения своих родительских обязанностей, а также в случае лишения последних родительских прав.

ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ - в Москве – Территориальные Центры социального обслуживания. Социальное обслуживание на дому оказывается в зависимости от нуждаемости бесплатно, с полной или частичной оплатой. Бесплатно обслуживаются одинокие граждане пожилого и старческого возраста, инвалиды, не получающие надбавку к пенсии на уход или имеющие трудоспособных родственников, обязанных содержать их по закону, но проживающие отдельно или в семьях, где подушевой доход ниже установленного для данного региона минимального уровня.

ПАТОЛОГИЯ. Устойчивое физическое, психическое или социальное отклонение от нормы, имеющее отрицательное значение для организма и осложняющее жизнедеятельность как человека, так и его окружения.

ПАТРОНАЖ — форма правовой защиты личных и имущественных интересов пожилых граждан. Патронаж устанавливается над совершеннолетним дееспособным гражданином, который по состоянию здоровья не может самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности. Патронаж является разновидностью попечительства. Попечитель (помощник) совершеннолетнего дееспособного гражданина может быть назначен органом опеки и попечительства только с согласия такого гражданина. Попечитель обязан заботиться о создании своему подопечному необходимых бытовых условий, об обеспечении его уходом и лечением, защищать его права и интересы. Распоряжение имуществом, принадлежащим совершеннолетнему дееспособному подопечному, осуществляется попечителем (помощником) на основании договора поручения или доверительного управления, заключенного с подопечным. Совершение бытовых и иных сделок, направленных на содержание и удовлетворение бытовых потребностей подопечного, осуществляется его попечителем (помощником) с согласия подопечного. Патронаж над совершеннолетним дееспособным гражданином может быть прекращен по требованию гражданина, находящегося под патронажем. Попечитель (помощник) гражданина, находящегося под патронажем, освобождается от выполнения лежащих на нем обязанностей в случаях, предусмотренных в отношении опекунов и попечителей.

ПАЦИЕНТ – физическое лицо, нуждающееся в социальной помощи на территории больницы.

ПЕНСИОНЕРЫ — граждане, реализующие право на денежное обеспечение в соответствии с Конституцией РФ и действующим пенсионным законодательством. В соответствии с Федеральным законом "О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации" от 15.12.2001 N 166-ФЗ (последняя редакция). Пенсионерами являются граждане, достигшие соответствующего пенсионного возраста, лица, которым установлена соответствующая группа инвалидности; нетрудоспособные члены семьи кормильца, а также лица, занятые уходом за детьми, братьями, сестрами или внуками умершего кормильца, не достигшими 14 лет; отдельные категории работников, длительно выполнявших определенную профессиональную деятельность; лица, проходившие военную службу в органах внутренних дел, их семьи. Определенным категориям граждан, не имеющих по каким-либо причинам права на пенсию, в связи с трудовой и иной общественно-полезной деятельностью, устанавливается социальная пенсия. Право на денежное обеспечение определяется и законами РФ.

**ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ** – любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу/субъекту персональных данных (ФИО, мобильный телефон, адрес проживания, паспортные данные и т.п.).

**ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ** — поколение лиц старшего возраста, в которой согласно актуальной классификации Всемирной организации здравоохранения выделяют четыре подгруппы: возраст до 44 лет считается молодым; 45-59 – средним; 60-74 – признан пожилым; 75-89 – старческим; люди 90-100 и старше – долгожителями. Наряду с физическим возрастом следует учитывать социальный возраст, функциональные, этнические и половые признаки.

**ПРОГРАММНЫЙ ПРОДУКТ** – программа «Битрикс24», обеспечивающая возможность приема заявок, поступающих от социальной службы в Больнице в Службу сервиса, в рамках своего функционала.

**ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ** — интервал между рождением и смертью, равный возрасту смерти; обобщенный показатель смертности всех поколений, который дает представление о средней ожидаемой продолжительности жизни. Для исчисления продолжительности жизни, рассчитываемой отдельно для мужчин и для женщин, используются таблицы смертности. В отечественной статистике применяется еще и обобщенный показатель, который не принят в зарубежной статистике. Продолжительности жизни — величина непостоянная: за время жизни одного поколения она претерпевает изменения как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения в зависимости от условий и качества жизни.

**ПРОЕКТ / Социальная служба** – создание социальной службы в городских клинических больницах г. Москвы.

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОЖИЛЫХ** — по данным отечественной и зарубежной медицинской статистики, до 25% всех лиц старше 60 лет страдают психическими нарушениями различной тяжести, после COVID-19 число пожилых людей с различными наращениями возросло на порядок. Психические расстройства у пожилых различаются по своему происхождению, причинам и протеканию. У одних людей это заболевания, возникшие в более молодом возрасте, но обострившиеся после начала старения, у других — психические расстройства, преимущественно либо всегда возникающие в позднем возрасте и прямо или косвенно связанные со старением. К последним относятся предстарческие и старческие психозы, или то, что называют старческим слабоумием. В отличие от врожденного приобретенное слабоумие (деменция) появляется на склоне лет и обусловлено мозговым атеросклерозом и гипертонической болезнью.

**ПСИХОДИАГНОСТИКА** - социально-психологическая услуга, заключающаяся в выявлении и анализе психического состояния и индивидуальных особенностей личности пациента, влияющих на отклонения в его поведении и взаимоотношениях с окружающими людьми, для составления прогноза и разработки рекомендаций по психологической коррекции этих отклонений.

**ПСИХОЛОГ ПРОЕКТА**– сотрудник социальной службы в Больнице, оказывающий психологическую помощь Пациенту.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ (ГЕРОНТОПСИХОЛОГИЯ)**— раздел геронтологии, изучающий психические и психологические аспекты процессов, происходящих в позднем периоде жизни, т. е. те изменения, которые происходят в когнитивной, эмоциональной и личностной сферах. Актуальной задачей геронтопсихологии является разработка средств и методов психологической помощи стареющим людям в связи с такими изменениями в их жизни, как уход на пенсию и появление избытка свободного времени, вынужденный отказ от прежних интересов и привычек, необходимая перестройка взаимоотношений с близкими, смерть супруга и других членов семьи, утрата друзей и близких, рост зависимости от окружающих из-за ослабления физических сил, одиночество, помещение в учреждения социального обслуживания.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ** — замедление и ослабление психических процессов (мышления, внимания, памяти, способности к адаптации и др.); утраты (родные, близкие, знакомые, те, с кем связана большая часть жизни, воспоминания); низкая самооценка, потеря самоуважения (пенсионер, старик) из-за традиционных представлений о старости (списать в архив, сойти с круга и т. п.); антивитальные и суицидальные чувства и мысли; ненужность семье, друзьям, привычному окружению, производству, стране; депрессия, страхи; ощущение, что жизнь в тягость; отсутствие положительной жизненной перспективы, переживание приближающейся смерти; дефицит общения; одиночество (отсутствие свидетелей и соучастников прошлого, отсутствие интереса у молодых к опыту прошлого, отсутствие интереса к современным проблемам) и др.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ** — возрастная идентификация и аспект самосознания, связанный с представлением о времени. Психологический возраст непосредственно зависит от сложившейся у человека временной перспективы. Временная перспектива (по Курту Левину) представляет собой включение будущего и прошлого, реального и идеального плана жизни в план данного момента. Психологический возраст тем выше, чем больше человек ожидает прожить и чем больше он успел сделать.

**ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ (ПНИ)** — государственное/негосударственное специализированное учреждение стационарного социального обслуживания, предназначенное для постоянного, временного (сроком до шести месяцев) проживания и проживания пять дней в неделю, обслуживания граждан пожилого возраста (мужчин старше 60 лет и женщин старше 55 лет) и инвалидов (старше 18 лет), страдающих психическими хроническими заболеваниями и нуждающихся в постоянном постороннем уходе, а также для обеспечения соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности и оказания всего комплекса социальных услуг. В Москве идет реорганизация традиционных классических психоневрологических интернатов в социальные дома. Из закрытых учреждений создаются открытые доброжелательные дома, где комфортно проживать и лечиться людям с ментальными нарушениями, удобно и для их родных и близких, и для персонала. Открывались Социальный дом "Москворечье», Дом социального обслуживания «Лосиноостровский», Социальный Дом «Данки», Геронтопсихиатрический центр «Орехово-Борисово» и др., реорганизована вся система интернатов, находящихся на территории Москвы.



**ПСИХОТЕРАПИЯ** — (от греч. *psyche* — душа и *therapeia* — лечение). В настоящее время не является однозначно понимаемой областью научных знаний и практических подходов. В общих чертах Бастин (Bastine R., 1982) определяет психотерапию, как особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем или затруднений психического характера. система лечебного воздействия на психику, а через нее на весь организм и поведение пациента. Выделяют следующие виды психотерапии: успокаивающая, смягчающая эмоциональное реагирование пациента на болезнь; корригирующая, задача которой выработать правильное отношение пациента к своему состоянию здоровья; стимулирующая, направленная на повышение социальной активности пациента, на побуждение правильно выполнять лечебный режим. Впервые термин был введен в конце XIX в. Тьюком (Tukey D. H.) в 1872 г. в книге «Иллюстрации влияния разума на тело» одна из глав так и названа: «Психотерапия». Общеупотребительным термин психотерапия становится только в 90-х гг. XIX в. в связи с развитием техники гипноза. В современной немецкоязычной литературе стало часто используемое определение, данное Штротцка (Strotzka H. H., 1982): «Психотерапия — это взаимодействие между одним или несколькими пациентами и одним или несколькими психотерапевтами (прошедшими соответствующее обучение и подготовку) с целью лечения нарушений поведения или болезненных состояний (преимущественно психосоциальной природы) психологическими средствами (в том числе путем коммуникации, как вербальной, так и невербальной), с применением доступных больным приемов, с вполне определенной целью и на основе теории нормального и аномального поведения». В англоязычной литературе термин психотерапия также имеет медицинское, но еще более узкое значение. Это понятие употребляется для обозначения методов лечения, не использующих приемы психоанализа и отличающихся от психоаналитических способов терапии отказом от попыток исследования глубинных слоев психики больного. Для психотерапии с применением техник и приемов работы с глубинными слоями психики используется термин «психоанализ». Основным методом психотерапевтического лечения пожилых людей является беседа, общение с ними. Любой пожилой человек нуждается в собеседнике, он ждет сочувствия, понимания, ласковых слов, ободрения и внимания. Психотерапевтическое воздействие на пожилого человека осуществляется при индивидуальной работе с ним или при работе в группе пациентов.

**РЕАБИЛИТАНТ** – индивид, клиент реабилитационного учреждения, объект реабилитации, которому после лечения оказывают реабилитационные социальные услуги.

**РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ ГРАЖДАНАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА,** — действия реабилитационных служб, направленные на улучшение самочувствия граждан, восстановление или продление их способностей к бытовой, общественной и трудовой профессиональной деятельности, адаптацию к условиям проживания. Реабилитационные услуги должны быть направлены на полное или частичное восстановление здоровья и самочувствия, достижение общественного и профессионально-трудового статуса граждан путем устранения или частичной компенсации нарушений жизнедеятельности и продления ее срока, социального и профессионального функционирования. Реабилитационные услуги предоставляют комплексно, что подразумевает согласованное проведение реабилитационных мероприятий специалистами разных профилей. Комплекс реабилитационных услуг должен содержать психосоциальные и биологические методы воздействия на граждан и быть направлен и на организм, и на

личность, и на социум. Реабилитационные услуги предоставляют последовательно и непрерывно.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ СОЦИАЛЬНАЯ.** Деятельность, направленная на восстановление человеком утраченных функций в обществе, утраченных социальных связей и отношений в связи с инвалидностью, возрастными изменениями или в связи с пребыванием в кризисной ситуации (тюремное заключение, бродяжничество и т.д.). Социальная реабилитация пожилых людей и инвалидов включает такие направления поддержки, как: 1) социально-экономическая реабилитация - материальная поддержка человека и его семьи за счет пенсии, пособий, различных видов адресной натуральной помощи (продуктами, одеждой, предметами обихода); 2) социально-бытовая реабилитация - помощь в приспособлении человека к своему физическому недостатку и восстановление навыков самообслуживания обучение повседневным навыкам ухода за собой, пользования специальными приспособлениями для самообслуживания, обучение навыкам ведения хозяйства в новых для человека условиях ограничения собственных возможностей; 3) социально-средовая реабилитация - приспособление окружающей среды к специфическим потребностям инвалидов обеспечение средствами передвижения, протезно-ортопедической помощью, сурдотехникой, тифлотехникой и т.п., а также обеспечение доступа к информации через консультирование о правах, льготах и проч.; 4) спортивная реабилитация - физкультурно-оздоровительные мероприятия для инвалидов, и др. На социальном работнике лежит функция координации всей этой деятельности, поддержания связей с органами здравоохранения, занятости, правовыми службами, районным учреждением социального обслуживания, а также с семьей человека, имеющего инвалидность. Содержание и меры социальной реабилитации определены в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24.11.1995 г. №181-ФЗ (с дополнениями и изменениями).

**РУКОВОДСТВО БОЛЬНИЦЫ** – заместитель главного врача Больницы, ответственны за предоставление актуальной информации, необходимой в деятельности социальной службы, а также обеспечивающий решение организационно-технических вопросов в рамках общего взаимодействия.

**РУКОВОДСТВО ПРОЕКТА** – проектная команда ДТСЗН, осуществляющая руководство организацией социальной службы в рамках Проекта, а также координирующая оптимальное взаимодействие ответственных специалистов/структур и выстраивание эффективных бизнес-процессов реализации Проекта.

**СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ.** Характеристика психологического состояния специалистов (психологов, педагогов, врачей, социальных работников) в эмоционально напряженной атмосфере. Возникает при длительном эмоционально-насыщенном общении с клиентами. Признаки социального выгорания: состояние эмоционального истощения, усталость, часто сопровождающиеся бессонницей, нарушением аппетита, злоупотреблением стимулирующими или успокаивающими средствами (табаком, кофе, алкоголем, снотворным); ощущение собственной беспомощности и негативная самооценка; равнодушие к работе; увеличение уровня агрессии и чувства вины, отрицательные эмоции по отношению к клиентам. Для предупреждения и минимизации синдрома для работников в организации должны быть созданы условия для их профессионального роста, должна действовать система социального и материального поощрения, повышающая мотивацию к труду. Кроме того,

социальные работники, психологи должны иметь возможность пользоваться комнатами эмоциональной разгрузки и другими средствами психологической реабилитации.

**СЛУЖБА СЕРВИСА** – координационный центр, созданный в рамках социальной службы на базе ГБУ КЦМП.

**СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ** — приспособление человека к новым условиям деятельности, к структуре отношений в определенных социально-психологических группах, общностях. Осуществляется в процессе социализации, а также с помощью механизмов социального контроля. Цель социальной адаптации лиц пожилого возраста и инвалидов — сохранение и продление социальной активности, а также развитие личностного потенциала пожилых людей и инвалидов; удовлетворение разнообразных культурно-просветительских потребностей, потребностей в коммуникации и признании, пробуждение новых интересов, активизация личной активности пожилых людей и инвалидов, формирование, поддержка и повышение их жизненного тонуса.

**СОЦИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ** — мера участия человека в жизни семьи, социума, общества, государства.

**СОЦИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ** — трудовая активность, т. е. любая профессиональная деятельность или любая занятость, которая оплачивается; общественно-политическая активность, в результате которой они получают моральную удовлетворенность, ощущают себя полноправными членами общества; досуговая активность, т. е. сохранность у пожилых людей интереса к жизни; семейнобытовая, т. е. наличие у пожилых людей социально-значимых, полезных ролей и функций в кругу семьи.

**СОЦИАЛЬНАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ** — раздел геронтологии, изучающий общественные последствия человеческого старения: влияние человеческого старения на экономику, общественное благосостояние, медицинские и иные услуги. Это область знания, изучающая особенности пожилых людей как определенного социально-демографического слоя: образ жизни пожилых людей, способы их социальной адаптации к новым условиям в связи с выходом на пенсию, перемены в их социальном статусе и престиже, материальном и семейном положении, социальной роли и т. д. В последнее время интерес к социальной геронтологии непрерывно возрастает, что обусловлено изменениями в демографической структуре современного общества: во многих странах, в том числе и в России: происходит увеличение относительного и абсолютного количества лиц пожилого возраста. Процесс старения населения порождает ряд социально-экономических проблем: рост в обществе непроизводительных групп, увеличение в связи с этим нагрузки на трудоспособное население, возрастание численности престарелых лиц, требующих специального ухода и медицинской помощи и др. Человек в старости часто отделяется от своих детей, ставших самостоятельными и создавших свои семьи, нередко теряет своих родных и близких. Это подрывает его связи с обществом, приводит к изменениям мотивации, а также к сужению круга его интересов и социальных контактов. Указанные проблемы находятся в центре внимания социальной геронтологии, входящей в сферу интересов не только социологов, но и социальных работников.

**СОЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА** — анализ состояния социальных объектов и процессов с целью выявления проблем их функционирования и развития. Социальная диагностика основывается на ряде принципов: объективности, причинной обусловленности, комплексного подхода, научного познания, верификации социальной информации. В зависимости от специфики диагностируемого социального явления, поставленных целей и

задач могут использоваться различные методы исследования: социологические (анкетирование, интервьюирование, наблюдение и т. п.); психологические (тестирование, беседа, игровые методы и т. п.); социально-медицинские (анализ основных физиологических показателей состояния здоровья клиента); социально-экономические (измерение уровня жизни, уровня потребления и т. п.). На основе социального диагноза выделяются приоритеты и осуществляется выбор той или иной социальной помощи.

**СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ** — периодические и (или) регулярные мероприятия, способствующие устранению или уменьшению социальной недостаточности.

**СОЦИАЛЬНАЯ ПРАКТИКА** — организационное и (или) правовое оформление технологии социальной работы и ее методическое сопровождение.

**СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ** — профессиональная деятельность, имеющая целью содействие пожилым людям в преодолении личностных и социальных трудностей посредством поддержки, защиты, коррекции и реабилитации.

**СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ** - система мероприятий, направленных на восстановление утраченных гражданином социальных связей, социального статуса, устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности;

**СОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ** — система профессионального воздействия на состояние, поведение, психику лица (группы) с целью их социального и психологического оздоровления, устранения устойчивых нарушений в социальном функционировании.

**СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ** - комплекс мероприятий, направленных на восстановление (формирование) способности к самообслуживанию, самостоятельному или сопровождаемому проживанию посредством восстановления (формирования) необходимых бытовых навыков, навыков персональной сохранности в быту, информирования и консультирования по вопросам приспособления жилых помещений к нуждам инвалидов и детей-инвалидов;

**СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ УСЛУГА** - социальная услуга, направленная на поддержание или обеспечение жизнедеятельности индивидов в быту. Это — покупка и доставка на дом продуктов питания, прессы, книг, средств гигиены и ухода, промтоваров первой необходимости, оплата платежей ЖКХ (все расходы несет получатель услуги). Помощь в приготовлении и приеме пищи, проведении гигиенических процедур, уборке, ремонте, отправке почтовой корреспонденции и т. д.

**СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ГРАЖДАН** — деятельность по предоставлению социальных услуг гражданам. Социальное обслуживание основывается на соблюдении прав человека и уважении личности, носит гуманный характер и не допускает унижения достоинства человека. Оно основывается 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.

**СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НА ДОМУ** одной из основных форм социального обслуживания, направленной на максимально возможное продление пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов в привычной социальной среде в целях поддержания их социального статуса, а также на защиту их прав и законных интересов. К числу основных надомных услуг, гарантированных государством, относятся: организация питания и доставка продуктов на дом; помощь в приобретении медикаментов, товаров первой необходимости; содействие в получении медицинской помощи и сопровождение в медицинские учреждения; помощь в поддержании условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями (уборка квартиры, стирка белья и т. д.); содействие в организации и проведении ритуальных услуг, в погребении одиноких умерших; организация различных социально-бытовых услуг (ремонт жилья, оплата коммунальных услуг и др.); помещение в стационарные учреждения органов социальной защиты населения и др.

**СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА** - услуга, предоставляемая пациентам в целях поддержания и улучшения состояния их здоровья, в период прохождения лечения в Больнице, путем организации динамического врачебного наблюдения, сестринского ухода, проведения санитарно-гигиенических мероприятий, медикаментозной поддержки по показаниям;

**СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ** — процесс, обеспечивающий создание условий для позитивной социализации пожилого человека, включающий организацию социального опыта, образование, индивидуальную помощь и тем самым активизирующий собственные возможности человека в решении социальных проблем. Выделено два уровня технологий социально-педагогической поддержки: институциональный и лично ориентированный. Пример – проект мэра Москвы «Московское долголетие».

**СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ** - комплекс мероприятий, направленных на восстановление (формирование) базовых образовательных компетенций (счет, чтение, письмо, владение компьютерными технологиями и т.д.), необходимых для последующего получения образования и осуществления социально-значимой продуктивной деятельности.

**СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ УСЛУГА:** социальная услуга, направленная на организацию досуга получателя социальных услуг, оказание им содействия в семейном воспитании детей и решении других социально-педагогических проблем жизнедеятельности. Пример – проект мэра Москвы «Московское долголетие», проект «Серебряные университеты».

**СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВАЯ УСЛУГА** - социальная услуга, предоставляемая получателям социальных услуг для содействия в решении социально-правовых проблем.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ** - комплекс мероприятий, направленных на восстановление (формирование)

компонентов психической деятельности, включая личностные характеристики, способствующие повышению активности и участию в жизни общества.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ УСЛУГА** - социальная услуга, направленная на содействие получателям социальных услуг в улучшении их психического состояния, восстановлении способности к адаптации в среде жизнедеятельности.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ** - социально-психологическая услуга, заключающаяся в получении информации от получателя социальных услуг о его проблемах и обсуждении с ним этих проблем для раскрытия и мобилизации человеком внутренних ресурсов и последующего решения социально-психологических проблем.

**СОЦИАЛЬНО-СРЕДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ** – комплекс мероприятий, направленных на восстановление (формирование) способности самостоятельно передвигаться, ориентироваться и общаться (осуществлять взаимодействие) на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур.

**СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ** — специфические проблемы определенного социально-демографического слоя людей, возникающие в связи с выходом на пенсию и процессом старения. Для пожилых людей серьезные трудности вызывают: поддержание приемлемого материального уровня жизни, особенно в условиях высокой инфляции; получение качественной медицинской помощи и социальной поддержки; изменение образа жизни и адаптация к новым условиям. Возникает необходимость осознания естественности процесса старения, снижения физической активности, возможности активного передвижения и др. В пожилом возрасте в связи с прекращением активной трудовой деятельности происходят изменения в условиях и образе жизни, в семейном и социальном положении. Получившая все большее распространение нуклеарная семья (состоящая из супругов и их подрастающих детей) приводит к изменению взаимоотношений и связей с пожилыми людьми. Человек в пожилом возрасте часто отделяется от ставших самостоятельными детей, а в старости остается в одиночестве; к этому добавляются проблема ослабления связей с обществом, близкими, потеря друзей и знакомых в связи с их уходом из жизни. Усиливающееся с возрастом одиночество является одной из острейших психологических проблем.

**СОЦИАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ** — объективно-субъективное понятие, определяемое внешними и внутренними по отношению к индивиду факторами, зависит от социально-экономической ситуации, от самооценки и состояния пожилого и старого человека, от доступности для него социальных благ и услуг, от общественного сознания, определяющего основные стереотипы общественного мнения.

**СОЦИАЛЬНЫЙ КООРДИНАТОР** – сотрудник социальной службы в Больнице, обеспечивающий взаимодействие с Пациентом.

**СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ АНИМАЦИЯ** — социально-педагогический вид деятельности, направленный на организацию социального взаимодействия пожилых людей в целях их комплексной реабилитации средствами искусства и учреждений культуры. Основной целью анимации является помощь этим лицам в их социокультурной адаптации и интеграции в обычную социокультурную среду. Пример – проект мэра Москвы «Московское долголетие».

**СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ** — комплекс мероприятий и процесс, имеющие целью помочь пожилому человеку достигнуть и поддерживать оптимальную степень участия в социальном взаимодействии и коммуникации, необходимый уровень культурной компетентности, что обеспечивает ему средства для позитивных изменений в образе жизни и наиболее полную интеграцию в общество за счет расширения рамок его независимости.

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ ДОМ ДЛЯ ОДИНОКИХ ПРЕСТАРЕЛЫХ / СОЦИАЛЬНЫЙ ДОМ** — государственное/негосударственное учреждение стационарного социального обслуживания, предназначенное для постоянного проживания одиноких граждан пенсионного возраста, а также супружеских пар из их числа, сохранивших полную или частичную способность к самообслуживанию в быту и нуждающихся в создании условий для самореализации основных жизненных потребностей в условиях поддерживаемого проживания. Социальный дом престарелых для одиноких людей кардинально отличается от пансионата, геронтологического центра и любых других заведений для пожилых граждан. По сути он является обычной многоэтажкой, состоит из одно-, двухкомнатных квартир. От стандартных жилых домов отличается только более развитой инфраструктурой. Для удобства маломобильных жильцов на первом этаже здания обычно располагаются: продовольственный магазин; аптека; столовая; парикмахерская; медицинский кабинет; магазин дешевых социальных товаров; ремонтные мастерские; прачечная; химчистка; спортзал для проведения ЛФК; зал для культурных мероприятий; библиотека и т.д..

**ССК** – скоропомощной стационарный комплекс, находящийся на территории Больницы.

**СТАРЕНИЕ.** Совокупность признаков, появляющихся в результате процесса старения и выражающихся в постепенном снижении функциональных возможностей человеческого организма. Они включают прогрессирующее ослабление здоровья, упадок физических сил и затруднение двигательной активности, ослабление процессов восприятия, интеллектуальный и эмоциональный «уход» во внутренний мир, в переживания, связанные с оценкой и осмыслением прожитой жизни. Изменения в области интеллекта, памяти и других психических функций неоднозначны. Известны случаи продолжительной творческой деятельности. Социальный работник может психологически подготовить человека к старости как периоду, требующему более активного внимания и заботы ближайшего социального окружения. Кроме того, он призван помочь создать условия для активной, полноценной жизни в пожилом и старческом возрасте: способствовать включению пожилого человека в производственную или общественную жизнь, помогать в расширении круга общения, содействовать в приобретении пожилым человеком специальных средств, облегчающих повседневную жизнедеятельность.

**СТАРОСТЬ** — естественный и неизбежно наступающий заключительный период жизнедеятельности организма, обусловленный снижением его адаптивных, биологических, психических и социальных возможностей на фоне возрастных изменений и проявляющийся в ограничении и ухудшении социального функционирования.

**СТАРШИЙ КООРДИНАТОР** – сотрудник, координирующий деятельность социальной службы в Больнице.

**ТЕОРИЯ АДАПТАЦИИ К СТАРЕНИЮ** — теория, согласно которой поведение человека зависит не столько от объективной ситуации, сколько от ее субъективной оценки, которая связана с ведущими мотивами личности; адаптация человека к старению достигается тогда, когда устанавливается равновесие между когнитивными и мотивационными системами его личности.

**ТЕОСОЦИОРЕАБИЛИТАЦИЯ**— направление реабилитации, направленное на воцерковление клиента, обретение им внутреннего равновесия, оптимистичного взгляда на жизнь, терпения, несмотря на тяжелые обстоятельства жизни и болезни преклонного возраста.

**ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ** — применение научного знания для решения практических задач социальной работы, система знаний о процессе последовательных, целеполагающих субъектно-объектных отношений и действий, в ходе которых выявляется проблема, определяются формы, методы и способы практических действий, направленных на решение проблем человека или социальной группы, или содействие в этом, создание условий для формирования у них потребности к активному социальному функционированию. Когда технология приобретает организационные и правовые формы (принимается закон, постановление или решение, создаются учреждения или социальные службы, разрабатывается положение о целях, задачах деятельности, определяются специалисты и их функции), тогда она становится социальной практикой.

**ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПОЖИЛЫХ**— комплекс методов и средств профессиональной и социально-ориентированной деятельности, направленный на усиление субъектности пожилого человека, предполагающей способность решения собственных социальных проблем и активность во взаимодействии со средой. Потенциал технологий социально-педагогической поддержки пожилых заключается в содействии в реализации их потребностей в защищенности, полноценном социальном функционировании, а также в активизации их жизненных сил. Основа - преобразование негативного образа старости в позитивный. Новые представления о старости, согласно Вирджинии Сатир (американский психолог, психотерапевт), должны выглядеть так: «Чем старше я буду, тем больше времени смогу уделять своему здоровью. Я стану мудрее. Имея время и желание, я создам себе радостную, творческую жизнь».

**ТИПЫ АДАПТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**— 1) люди конструктивного типа (оптимально приспособленные) могут адаптироваться в любых условиях, в качестве доминирующих у них выступают потребности и четкая жизненная позиция; 2) у людей защитного типа (в целом адекватно приспособляющихся) на первом плане выступают потребности в защите собственного “Я”; клиент приспособляется за счет себя и может себя защитить; 3) люди активно-агрессивного типа вину за собственные трудности приписывают внешним обстоятельствам (“виноват не я”); такие пожилые люди и инвалиды характеризуются агрессивностью и неадекватностью восприятия действительности) для людей пассивного типа характерна пассивность, жалость к самому себе, депрессия, безынициативность.

**ТРЕТИЙ ВОЗРАСТ.** Обозначение возрастного периода, наступающего по достижении пенсионного возраста, приближающего человека к старости. Представители третьего возраста сохраняют способность поддерживать свою функциональную независимость. Это возраст наивысшей мудрости, здравого смысла, сложившейся жизненной философии, накопленного огромного опыта успехов и потерь. Человек в этом возрасте – созерцатель, наблюдатель, советчик, консультант, духовный наставник, достаточно хорошая физическая



форма позволяет при желании вести активный образ жизни. Данная группа обладает собственной субкультурой, сформированной ее поколением.

**ТРУДОТЕРАПИЯ** — активный метод восстановления и компенсации нарушенных функций при помощи разной работы, направленной на создание полезного продукта. В реабилитационной работе с пожилыми используются несколько вариантов трудотерапии, которые различаются по основным задачам, средствам и методам осуществления: общеукрепляющая (тонизирующая) — является средством повышения общего жизненного тонуса пожилого человека и создает психологические предпосылки для реадaptации; развлекательная (терапия занятостью) — ее цель заключается в уменьшении выраженности отягчающих факторов, обусловленных вынужденным продолжительным пребыванием в ограниченном пространстве; восстановительная (функциональная) — ее целью является восстановление нарушенной патологическим процессом функции через соответственно подобранные виды трудовой деятельности; профессиональная — направлена на восстановление производственных навыков или подготовку (обучение) новой профессии; бытовая — направлена на обучение самообслуживанию.

**УСЛУГА ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ** - это мероприятия по одному из направлений медицинской реабилитации, разработанные мультидисциплинарной реабилитационной командой в виде индивидуального реабилитационного курса, направленные на полное или частичное восстановление нарушенной и (или) компенсацию утраченной функции движения, в рамках возможностей реабилитанта, с учётом сопутствующей патологии.

**УСЛУГА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ** - мероприятие по одному из направлений социальной реабилитации, абилитации инвалидов, предусмотренному индивидуальной программой реабилитации (далее - ИПРА) инвалида, проводимое в отношении реабилитанта и направленное на восстановление (компенсацию) имеющихся у инвалида стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности;

**УСЛУГИ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ** - комплекс услуг, направленных на содействие восстановлению трудоспособности инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда, на максимально возможное включение в трудовую деятельность с учётом имеющихся у инвалида нарушений здоровья и ограничений к трудовой деятельности с целью достижения им конкурентоспособности на рынке труда, материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество.

**УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**— учреждения, оказывающие населению социальные услуги. Порядок создания, функционирования, реорганизации и ликвидации учреждений социального обслуживания независимо от форм собственности регулируется гражданским законодательством Российской Федерации.

**ХОСПИС** (от латинских слов *hospes* и *hospitium* («гостеприимство»)). Этим термином с VI века н. э. обозначали места отдыха пилигримов. Первые хосписы обычно располагались вдоль дорог, по которым шли основные маршруты христианских паломников. Слово «хоспис» обрело современное значение в 1967 году благодаря британской активистке Сисли Сондерс, медсестре в онкологической больнице и в доме для умирающих бедняков, которая создала заведение под названием «Хоспис святого Кристофера», «нечто среднее

между больницей и домом», где люди могли бы умирать без излишних страданий. Безнадёжные больные в нём занимались садоводством и музыкой, писали картины и стихи, участвовали в театральных постановках, ходили в церковь, делали прически и макияж в парикмахерской, гуляли. С ними занимались психологи и священники. В 1969 году была опубликована книга Элизабет Кюблер-Росс «О смерти и умирании» (On death and dying). Именно она положила начало обсуждению темы смерти в медицинском сообществе, доказывая, что высокотехнологичная медицина не может решить все проблемы человеческого существования. Первый российский хоспис в новейшее время был открыт в 1990 году при церкви Святого Петра в Лахте, районе Санкт-Петербурга. Хоспис - многопрофильная программа, предусматривающая систему помощи неизлечимо больным людям в течение последних месяцев жизни, когда болезнь больше не поддается медикаментозному лечению. Цель - улучшение качества последних дней жизни больного, предполагающее утешение и сохранение достоинства человека. Большая часть хосписной деятельности обеспечивается на дому и в домах-пансионатах для престарелых. Созданы специализированные медико-социальные учреждения, где размещаются безнадежно больные люди. Помощь в хосписах базируется на следующих принципах: 1. Наряду с больным обслуживанием охватывается и его семья, обучающаяся уходу за больным и получающая психологическую поддержку. Подготовка членов семьи к пред стоящей утрате начинается до его смерти. Поддержка после кончины близкого помогает людям справиться с тяжелой утратой. 2. Контролирование боли и других симптомов. 3. Хосписное обслуживание обеспечивается многопрофильной бригадой профессионалов: врачей, медсестер, социальных работников, священнослужителей и добровольцев. 4. Хоспис отличается от обычного домашнего, стационарного и медицинского (на дому) ухода за больным акцентом на психологической поддержке и широким использованием труда добровольцев.

**ЧЕТВЕРТЫЙ ВОЗРАСТ.** Стадия процесса старения, характеризующаяся потерей функциональной независимости и повышенной потребностью в медико-социальной помощи. Иногда этот термин употребляется для ссылки на людей 80 лет и старше.

**ЭЙДЖИЗМ (ДИСКРИМИНАЦИЯ ПО ВОЗРАСТУ).** Отрицательное или унижающее отношение, несправедливое обращение с людьми на основании их возраста, ущемление их в правах, негативное отношение к ним. Обычно эйджизм проявляется по отношению к старшей возрастной группе, которая имеет самый низкий общественный статус. Эйджизм отражает глубоко укоренившееся у молодежи и людей среднего возраста неприятие старости — они проявляют личностное отвращение и неприязнь к старению, болезням, нетрудоспособности и испытывают страх беспомощности, бесполезности и смерти. Возрастные стереотипы, существующие в настоящее время в отношении пожилых, часто формируют восприятие их как немощных, имеющих нарушения в психике, неспособных к активной и полноценной деятельности. В повседневной жизни возрастная дискриминация выражается в оскорблениях старости физическом или психологическом плохом обращении или подчеркнутым неуважении пожилых людей со стороны членов семьи, опекающих их лиц, посторонних людей. На уровне социальной политики эйджизм получает свое выражение в возрастной изоляции, ограничении взаимодействия людей одного возраста с лицами других возрастных групп. К примерам возрастной изоляции можно отнести систему ограничений приема на работу людей старшего возраста и т.д. В настоящее время в социальной политике приоритет отдается таким направлениям и формам социальной поддержки, которые способствуют взаимодействию людей разных возрастов на основе

территориальной близости, общих интересов и других факторов. Пример – проект мэра Москвы «Московское долголетие»

**ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ.** Концепция работы с клиентом, в основу которой положена идея взаимодействия клиента и его окружающей среды. Окружающая среда включает в себя социальные и физические условия жизни клиента. При этом предполагается, что нельзя эффективно оказать поддержку клиенту, не учитывая влияния окружающей среды и ее взаимосвязи с клиентом. Потребности и проблемы людей начинают рассматриваться как результат обмена «люди окружающая среда», а не как нечто вызванное деятельностью одного человека или только окружающей средой. Насколько важна личность, настолько же важна и окружающая среда, настолько же важен и их взаимообмен. Понятие «социальные условия» относится к социальному окружению человека. Социальное окружение включает в себя также более крупные общественные структуры экономические, законодательные, политические, юридические, образовательные, жилищные, исправительные системы, систему здравоохранения, систему занятости и рабочих мест; религиозные структуры и т.д. Физическое окружение это географическое расположение, флора и фауна, вид местности и расположение объектов на ней. Место рождения нередко является фактором самоидентификации, и привязанность к «родному дому» может послужить смягчению чувства потерянности. Таким образом, экологический подход, основанный на идеях взаимодействия, предполагает, что нельзя воспринимать людей и окружающую среду без учета их взаимосвязи.

**ЭКСПЕРТ ПРОЕКТА** – высококвалифицированный специалист с опытом практической работы, член проектной команды ДТСЗН, осуществляющий контроль над организацией социальной службы в рамках Проекта в конкретной Больнице, а также координирующий оптимальное взаимодействие ответственных специалистов/структур и выстраивание эффективных бизнес-процессов реализации Проекта в конкретной Больнице.

**ЭМПАТИЯ** — осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека без потери ощущения происхождения этого переживания. Сочувствие, сопереживание, соучастие, способность испытывать за другого его чувства, как бы войти в его внутренний мир и раствориться в нем. Сопереживание является определяющим во многих межличностных отношениях и социальных установках. Если члены семьи не испытывают эмпатии друг к другу, то раздор становится более вероятным, чем там, где существует климат «эмпатического понимания». Близкие друзья, по определению, имеют эмпатическую связь. Установлено, что эмпатическая способность людей возрастает, как правило, с ростом жизненного опыта. Эмпатия одно из трех условий успешного взаимодействия социального работника с клиентом (2) искренняя сердечность, 3) безусловное позитивное внимание). Эмпатия занимает центральное место в консультировании, ориентированном на личность клиента, ибо позволяет понять его проблемы через ощущение его внутреннего состояния. В то же время социальному работнику важно осознавать и не пере ступать определенную грань, т.к. полное вхождение означает «растворение в человеке» это непрофессиональный подход.

**ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА.** Система принципов, правил поведения, с которыми представители профессии обязаны соотносить свои действия, определяя требования к работе в интересах защиты клиента. В предмет этики социальной работы входят не только нравственные нормы служебной деятельности, но и нормы внеслужебного поведения работников социальных служб. Специалист по социальной работе призван знать этические и правовые нормы, регулирующие отношения человека к

человеку, обществу, окружающей среде, уметь учитывать их в своей деятельности. В России Этический кодекс социального работника был принят 22.05.1994 г. на конференции Межрегиональной ассоциации работников социальных служб. Отечественный кодекс разработан в соответствии с Этическим кодексом Международной федерации социальных работников. В нем сформулированы принципы моральной ответственности перед клиентом, обществом, профессией и коллегами. Принципы моральной ответственности перед клиентом: работники социальных служб должны относиться к клиентам с присущей их профессии гуманистической направленностью; интересы клиентов являются приоритетными для работников социальных служб; благополучие клиента должно рассматриваться в качестве основного фактора при принятии любого решения работником службы; работники социальных служб должны соблюдать конфиденциальный характер отношений с клиентами и заботиться о неразглашении полученной информации; работники социальных служб должны способствовать свободному, самостоятельному и осознанному решению клиентом своих проблем.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Приложение к приказу Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы

Стандарт функций специалистов, реализующих социальные подсервисы «Социальный координатор в больнице» и «Социальный координатор в скорпомощных стационарных комплексах» социального сервиса «Социальная служба в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы», утвержденного приказом Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы от 03.02.2023 № 53/90 (в ред. приказа Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы от 24.08.2023 № 739/859).

Код / NN функции	Наименование функции	Описание функции	Технология выполнения функции	Объем предоставляемой функции	Показатели качества и результат предоставления функции
	Выявление пациента: проактивно или по заявке  Инициирование функции автоматическое: по итогах занесения данных в социальный портрет в ИС ГКБ	С привлечением помощи  Службы сервиса /без привлечения	Требуемая манипуляция в зависимости от степени самостоятельности пациента  (или характера функции)	Время предоставления функции  Кратность повторения	Результат – установление дистанционной связи с родственниками.  Оценка результатов предоставления социальной функции:  1. функция оказана в соответствии со Стандартом;  2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;  3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ
1.	Обеспечение дистанционной связи с родственниками.	Выполняется социальным координатором при отсутствии средств связи у пациента:  1. согласование с пациентом удобного времени для осуществления связи с родственниками.  2. уточнение у пациента, в каком формате будет производиться дистанционная связь.  3. установление телефонной или видео связи в дистанционном режиме с родственниками пациента.	<b>Выполняется социальным координатором в случае согласия пациента на оказание функции:</b>  1. войти в палату;  2. представиться: назвать свою фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;  3. объяснить цель визита;  4. обговорить с пациентом удобное, с точки зрения пациента, время для осуществления дистанционной связи;  5. уточнить у пациента в день проведения дистанционной связи возможный формат связи (аудио/видео);  6. проверить: в день предоставления функции достаточность заряда аккумулятора на устройстве для дистанционной связи;  7. помочь пациенту по желанию: привести себя в порядок: причесаться, поправить одежду, поправить подушку, навести порядок на тумбочке - в случае видеосвязи с родственниками;  8. набрать номер родственника, проверить картинку при видеосвязи, чтобы было хорошо видно пациента, представиться, помочь пациенту удержать	Время предоставления функции:  функция может оказываться в несколько этапов, совокупный показатель времени 30 минут, из них установление связи коммуникации – 15 минут.  Функция считается выполненной после установления дистанционной связи с родственниками.  Функция оказывается по потребности в период госпитализации пациента.	Результат – установление дистанционной связи с родственниками.  Оценка результатов предоставления социальной функции:  1. функция оказана в соответствии со Стандартом;  2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;  3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ

устройство для комфортного видео общения или удерживать устройство самостоятельно;

9. набрать: номер родственника, в случае аудио связи, представиться, передать трубку пациенту, при необходимости осуществить поддержание устройства для комфортного общения;

10. продезинфицировать: устройство до и после разговора;

11. продолжить: разговор с родственниками, после завершения дистанционной связи с пациентом;

13. ответить: на вопросы родственников;

14. завершить: дистанционную связь с родственниками, попрощаться;

16. пожелать: пациенту скорейшего выздоровления, попрощаться;

17. попрощаться: с пациентами в палате;

18. зафиксировать результаты работы в - ИС ГКБ.

2.	<p>Покупка товаров первой необходимости.</p>	<p>Функция выполняется социальным координатором:</p> <p>покупка товаров первой необходимости, в том числе с использованием курьерской службы, за средства пациента.</p> <p>К товарам первой необходимости относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. мыло;</li> <li>2. зубная щетка;</li> <li>3. зубная паста;</li> <li>4. туалетная бумага;</li> <li>5. влажные салфетки;</li> <li>6. бутилированная вода, соки, морсы, объемом до 1,5 л;</li> <li>7. продукты питания, исключительно по согласованию с лечащим врачом.</li> </ol> <p>Непосредственная покупка осуществляется социальным координатором в случае, если в здании больницы имеются торговые точки,</p>	<p><b>Выполняется социальным координатором в случае согласия пациента на оказание функции:</b></p> <p><b>- если покупка на территории больницы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. войти в палату;</li> <li>14. представиться: назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;</li> <li>15. объяснить цель визита;</li> <li>16. обговорить с пациентом перечень товаров первой необходимости;</li> <li>17. убедиться в наличии финансовых средств у пациента;</li> <li>18. осуществить покупку товаров первой необходимости в здании больницы;</li> <li>19. принести товар пациенту;</li> <li>20. произвести финансовый расчет с пациентом, составить акт о взаиморасчете за купленный товар;</li> <li>21. подписать акт у пациента;</li> </ol>	<p>Время предоставления функции: функция, оказываемая на территории больницы – 20 минут. При онлайн – заказе – 20 минут без учета времени, затраченного на курьерскую доставку.</p> <p>Функция считается выполненной после доставки товаров первой необходимости пациенту.</p> <p>Объем функции определяется непосредственным заказом пациента.</p> <p>Функция оказывается по необходимости до завершения пребывания в стационаре.</p>	<p>Результат - покупка товаров произведена в соответствии с согласованным списком.</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;</li> <li>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</li> </ol>
----	--	--	--	--	---

осуществляющие продажу товаров первой необходимости.

В случае отсутствия в здании больницы торговых точек, покупка осуществляется в иных торговых точках **только с помощью** курьерских служб.

22. пожелать пациенту скорейшего выздоровления попрощаться;

23. попрощаться: с пациентами в палате;

24. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ;

**- в случае отсутствия торговых точек в здании больницы:**

1. войти в палату;

2. представиться: назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;

3. объяснить цель визита;

4. обсудить с пациентом наименование сайта, предпочтительного для осуществления онлайн заказа,

5. осуществить онлайн заказ, а также удостовериться, что пациент оплатил заказ;

8. осуществить прием заказа от курьерской службы;

9. принести товар пациенту;

8. подписать акт у пациента;

9. пожелать пациенту скорейшего выздоровления попрощаться;

10. попрощаться: с пациентами в палате;

11. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.

3	Покупка лекарств по назначению врача.	Функция выполняется социальным координатором:	Выполняется социальным координатором в случае согласия пациента на оказание функции:	Время предоставления функции: Результат -
	покупка лекарственных препаратов, <b>согласованных с лечащим врачом</b> , за средства пациента, в том числе с использованием курьерской службы. Непосредственная покупка осуществляется социальным координатором в случае, если в здании больницы имеются торговые точки, осуществляющие продажу лекарственных препаратов. В случае отсутствия в здании больницы аптечных пунктов, покупка осуществляется в аптеках <b>только с помощью курьерских служб.</b>	<b>Выполняется социальным координатором в случае согласия пациента на оказание функции:</b> <b>- если покупка на территории больницы:</b> 1. войти в палату; 2. представиться: назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы; 3. объяснить цель визита; 4. обговорить с пациентом перечень лекарственных препаратов для покупки; 5. согласовать с лечащим врачом перечень лекарственных препаратов; 6. убедиться в наличии финансовых средств у пациента; 7. осуществить покупку лекарственных	Функция предоставляется на территории больницы – 20 минут. При онлайн – заказе: – 20 минут.  Функция считается выполненной после завершения покупки лекарств по назначению врача и доставки их пациенту.  Функция оказывается до завершения пребывания в стационаре.	покупка лекарств по назначению врача произведена в соответствии с рецептом/иным документом.  Оценка результатов предоставления социальной функции: 1. функция оказана в соответствии со Стандартом; 2. пациент удовлетворен качеством оказания функции; 3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.

препаратов в аптечном пункте в здании больницы;

8. принести лекарственные препараты пациенту;
9. произвести финансовый расчет с пациентом;
10. составить акт о взаиморасчете за купленные лекарственные препараты;
11. пожелать: пациенту скорейшего выздоровления, попрощаться;
12. попрощаться: с пациентами в палате;
13. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ;

**- в случае отсутствия аптечных пунктов в здании больницы:**

1. войти в палату;
2. представиться: назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;
3. объяснить цель визита;
4. обсудить с пациентом наименование сайта, предпочтительного для осуществления онлайн заказа лекарственных препаратов;
5. осуществить онлайн заказ в интернет-магазине, с оформлением курьерской доставки, а также удостовериться, что пациент оплатил заказ;
6. осуществить прием лекарственных препаратов, по прибытию курьера с заказом;
7. принести лекарственные препараты пациенту;
8. подписать акт у пациента;
9. попрощаться с пациентом и пожелать ему скорейшего выздоровления;
10. попрощаться: попрощаться с пациентами в палате;
11. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.

4	Содействие в размещении домашних животных на время госпитализации пациента.	Функция выполняется социальным координатором с привлечением Службы сервиса. Выполняется Службой сервиса: поиск родственников посредством запросов в	<b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b>  3. осуществить поиск родственников по	Время предоставления функции: организация функции Службой сервиса – до одного часа.	Результат - размещение домашних животных на время госпитализации
---	---	---	---	---	--



информационных системах, передача информации социальным координаторам.

Выполняется социальным координатором:

3. в случае наличия родственников, готовых забрать животное – связаться с родственником и осуществить передачу;

4. при отсутствии родственников или возможности у родственников забрать животное на передержку:

4.1. если пациент в сознании, то при его участии производится поиск и согласование приюта, в том числе из тех, которые осуществляют содержание животных на коммерческой основе;

4.2. если пациент без сознания или не имеет денежных средств для оплаты пребывания животного, осуществляется поиск благотворительных организаций.

имеющимся информационным системам;  
4. передать информацию о результатах поиска родственникам социальному координатору.

**Выполняется социальным координатором:**

**При наличии родственников, готовых забрать животное на передержку, на время госпитализации пациента:**

11. связаться с родственниками,
12. уточнить возможность принятия животного на время госпитализации пациента,
13. передать животное при наличии согласия.
14. войти в палату;
15. представиться: назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;
16. объяснить цель визита;
17. информировать пациента о месте нахождения животного
18. пожелать пациенту скорейшего выздоровления, попрощаться;
19. попрощаться с пациентами в палате;
20. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.

**При отсутствии родственников или у родственников возможности забрать животное на передержку:**

#### **Вариант 1**

**- пациент в сознании и готов оплатить передержку животного:**

1. войти в палату;
2. представиться: назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;
3. осуществить поиск специализированных организаций, осуществляющих платные функции по передержке животных;
4. связаться с организацией;

Организация функций социального координатором до четырех часов для всех вариантов.

Функция считается выполненной после размещения домашних животных на время госпитализации пациента.

Функция оказывается однократно, на этапе госпитализации пациента.

пациента осуществлено.

Оценка результатов предоставления социальной функции:

1. функция оказана в соответствии со Стандартом;

2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;

3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.

5. помочь пациенту произвести финансовый расчет с организацией;
6. осуществить передачу животного в организацию;
7. передать пациенту информацию о размещении животного и финансовые документы;
8. пожелать пациенту скорейшего выздоровления, попрощаться;
9. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.

#### **Вариант 2**

**- пациент находится без сознания или не имеет возможности оплатить функции по передержке животного:**

1. осуществить поиск благотворительной организации, готовой забрать животное на передержку на безвозмездной основе;
2. передать животное в организацию;
3. получить документы, содержащие в себе информацию и контактный телефон благотворительной организации;
4. после улучшения состояния здоровья пациента войти в палату;
5. представиться: назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;
6. объяснить цель визита;
7. проинформировать пациента о месте нахождения животного;
8. передать пациенту документы, содержащие в себе информацию и контактный телефон благотворительной организации;
9. пожелать пациенту скорейшего выздоровления, попрощаться;
10. попрощаться: с пациентами в палате;

11. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.

5	Содействие в дальнейшем жизнеустройстве лежачих пациентов, не являющихся жителями Москвы.	Выполняется администратором Службы сервиса с привлечением социального координатора.	<b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b>	Время предоставления функции: администратором Службы сервиса - не более четырех часов; включая время ожидания согласования; социальным координатором – не более 40 минут, в случае сопровождения - не более трех часов (с учетом времени, затраченного на дорогу).	Оценка результатов предоставления социальной функции: 1. функция оказана в соответствии со Стандартом; 2. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.
		Выполняется администратором Службы сервиса:			
		-согласование с соответствующим учреждением наличия мест и условий помещения пациента	5. согласовать с организацией/ учреждением наличие места для пациента;		
		Выполняется социальным координатором	6. получить информацию от социального координатора о времени и дате выписки пациента;		
		- своевременное информирование сотрудников Службы сервиса о дате выписки пациента	7. согласовать с организацией/учреждением время и дату помещения пациента в учреждение/организацию;		
		- содействие в предоставлении транспорта и организации перевозки пациента	8. передать информацию социальному координатору о согласованных условиях помещения пациента в учреждение/организацию.	Функция считается выполненной при передаче пациента сотрудникам учреждения, а в случае сопровождения - после завершения процесса транспортировки.	
			<b>Выполняется социальным координатором:</b>	Функция оказывается однократно	
			8. проинформировать о точной дате выписки пациента администратора Службы сервиса;		
			9. осуществить содействие в предоставлении транспорта от медицинской организации для перевозки лежачих пациентов;		
			10. войти в палату;		
			11. представиться назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;		
			12. объяснить цель визита;		
			13. организовать сопровождение пациента до транспортного средства;		
			14. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.		
			<b>В случае необходимости сопроводить пациента до нового места пребывания</b> по рекомендации медицинской организации		
			4. осуществить сопровождение пациента;		
			5. вернуться на рабочее место;		
			6. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.		
6	Консультация по предоставлению социальной помощи в Москве.	Выполняется социальным координатором:	<b>Выполняется социальным координатором:</b>	Время предоставления функции – не более 30 минут. Результат - осуществление консультации по предоставлению	
			1. войти в палату;		

информирование пациента о социальной помощи, оказываемой в Москве	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. представиться назвать свои фамилию, имя, отчество, указать, что являетесь социальным координатором больницы;</li> <li>3. объяснить цель визита;</li> <li>4. при наличии у пациента потребности в консультации проинформировать пациента о мерах социальной поддержки в Москве, которые ему могут быть предоставлены, о способах их получения и обращения за функцией;</li> <li>5. спросить у пациента, нужно ли ему что-либо записать;</li> <li>6. обеспечить при необходимости пациента ручкой и листами бумаги;</li> <li>7. уточнить у пациента, все ли ему понятно, не осталось ли вопросов;</li> <li>8. после завершения консультации попрощаться, пожелать пациенту скорейшего выздоровления;</li> <li>9. попрощаться: со всеми пациентами в палате;</li> <li>10. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ</li> </ol>	Функция считается выполненной после завершения консультации по предоставлению социальной помощи в Москве.	социальной помощи в Москве
Оценка результатов предоставления социальной функции:			Оценка результатов предоставления социальной функции:
1. функция оказана в соответствии со Стандартом;		Функция оказывается однократно в период госпитализации пациента.	1. функция оказана в соответствии со Стандартом;
2. пациент удовлетворен объемом и качеством оказания функции;			2. пациент удовлетворен объемом и качеством оказания функции;
3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.			3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.
7. Содействие в подтверждении личности. Сбор информации о не идентифицированной личности.	Функция предоставляется в рамках установления жизненных обстоятельств (функция № 10).		
8. Помощь в восстановлении документов.	Функция выполняется социальным координатором с привлечением Службы сервиса:	Время предоставления функции:	Результат - восстановлены документы:
оказание содействия в восстановлении документов (паспорт, СНИЛС, полис ОМС).	<b>Вариант 1</b> - если пациент является получателем социальных услуг на дому: <b>Выполняется социальным координатором:</b>	При <b>Варианте 1:</b> социальным координатором - не более 30 минут; администратором Службы сервиса – до 30 минут.	паспорт, СНИЛС, полис ОМС.
1. организовать пропуск на территорию больницы сотрудников, оказывающих содействие в изготовлении документов;	1. организовать пропуск на территорию больницы сотрудников, оказывающих содействие в изготовлении документов;	При <b>Варианте 2:</b> социальным координатором – суммарно не более пяти часов.	Оценка результатов предоставления социальной функции:
2. организовать пропуск на территорию больницы сотрудников для вручения документов пациенту;	2. организовать пропуск на территорию больницы сотрудников для вручения документов пациенту;	Функция считается выполненной после завершения	1. функция оказана в соответствии со Стандартом;
3. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.	3. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.	помощи в восстановлении: паспорта,	2. пациент удовлетворен объемом и качеством оказания функции;
<b>Выполняется Службой сервиса:</b>	<b>Выполняется Службой сервиса:</b>	СНИЛС,	
1. направить заявку о необходимости	1. направить заявку о необходимости	полиса ОМС.	

восстановления документов в УСЗН АО города Москвы;

2. получить информацию от УСЗН АО города Москвы о готовности нового документа и данных сотрудников, которые будут вручать изготовленный документ пациенту, для организации пропуска на территорию ГКБ;

3. направить информацию о готовности документов социальному координатору.

Функция оказывается однократно в период госпитализации пациента.

3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.

## Вариант 2

**- если пациент не является получателем социальных услуг на дому:**

Для восстановления документов социальному координатору необходимо:

1. Для восстановления паспорта:

1.1. осуществить взаимодействие с сотрудниками отдела по вопросам миграции или в ГБУ "Многофункциональные центры предоставления государственных услуг города Москвы";

1.2. обеспечить доступ сотрудников ОВМ к пациенту;

2. Для восстановления полиса ОМС:

2.1. подать в медицинскую страховую организацию по доверенности от пациента имеющиеся документы для восстановления полиса ОМС;

2.2. получить дубликат полиса ОМС;

2.3. передать пациенту (медицинскому работнику) дубликат полиса ОМС.

3. Для восстановления СНИЛС:

3.1. осуществить взаимодействие с ГБУ "Многофункциональные центры предоставления государственных услуг города Москвы" и предоставить необходимую информацию;

3.2. подать по доверенности от пациента документы для восстановления СНИЛС;

3.3. получить готовый дубликат СНИЛС;

3.4. передать дубликат СНИЛС пациенту (медицинскому персоналу);

9.	Перевод в ГКУ ЦСА им. Е.П. Глинки или иную организацию, осуществляющую функции по оказанию помощи категории граждан без определенного места жительства (далее – организация).	<p>Функция выполняется администратором Службы сервиса:</p> <p>оказание содействия в переводе пациента в организацию.</p> <p>Функция выполняется социальным координатором:</p> <p>информирование Службы сервиса о дате выписки пациента.</p>	<p>4. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</p> <p><b>Выполняется администратором Службы сервиса, выполняется при согласии пациента:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. согласовать в течение часа с момента поступления заявки с организацией помещение пациента;</li> <li>2. в течение часа с момента поступления заявки получить информацию от организации о Ф.И.О и контактном телефоне сотрудника, который будет осуществлять встречу в больнице и сопровождение до учреждения;</li> <li>3. проинформировать социального координатора о дате и времени перевода и о контактных данных сопровождающего от организации.</li> </ol>	<p>Функция считается выполненной после передачи пациента сотруднику организации.</p> <p>Функция оказывается однократно.</p> <p>Время предоставления функции:</p> <p>администратором Службы сервиса - не более одного часа;</p> <p>социальным координатором – не более 40 минут.</p>	<p>Результат – передача пациента сотрудникам ГКУ ЦСА им. Е.П. Глинки (иной организации, осуществляющей функции по оказанию помощи категории граждан без определенного места жительства).</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</li> </ol>
10.	Установление жизненных обстоятельств.	<p>Функция выполняется администратором Службы сервиса: установление места жительства,</p> <p>поиск родственников и иных близких лиц, с использованием информационных баз данных, в том числе посредством взаимодействия с УСЗН АО города Москвы для организации выхода по адресу проживания пациента</p>	<p><b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в течение двух часов с момента поступления заявки осуществить поиск информации через имеющиеся базы данных;</li> <li>2. при отсутствии данных в информационных базах о родственниках пациентов, являющихся жителями Москвы, в течение трех часов направить запрос в УСЗН АО города Москвы по месту проживания пациента с просьбой осуществить выход по адресу проживания для сбора имеющейся информации;</li> <li>3. получить информацию от УСЗН АО</li> </ol>	<p>Функция считается выполненной после получения информации.</p> <p>Время предоставления функции администратором Службы сервиса - не более трех часов;</p> <p>социальным координатором – не более 10 минут.</p> <p>Функция оказывается однократно в период госпитализации пациента.</p>	<p>Результат - получение информации о наличии родственников и иных близких лиц, установление иных жизненных обстоятельств.</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> </ol>

города Москвы о результатах поиска родственников и иных близких лиц по месту проживания пациента;

4. передать собранную информацию о родственниках или иных близких лицах социальному координатору.

**Выполняется социальным координатором:**

- актуализировать данные в ИС ГКБ в соответствии с полученной информацией.

2. результаты работы зафиксированы в

ИС ГКБ.

11. Взаимодействие с родственниками, членами семьи с целью дальнейшего жизнеустройства пациента и осуществления ухода за нуждающимся пациентом.	Функция выполняется социальным координатором: 3. взаимодействие с родственником (ами) по вопросу выписки пациента. 4. взаимодействие с родственником (ами) по вопросу дальнейшего жизнеустройстве пациента.	<b>Выполняется социальным координатором:</b> 5. выяснить информацию у лечащего врача о состоянии здоровья пациента и предварительной дате выписки; 6. в день получения информации созвониться с родственником (ами) по имеющимся (или полученным в результате межведомственного взаимодействия) телефонным номерам. Представиться; 7. сообщить информацию о дате выписки и состоянии здоровья пациента; 8. выяснить информацию об имеющихся у родственников возможностях и намерениях по вопросу выписки и дальнейшего жизнеустройства пациента; 5. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.	Функция считается выполненной после взаимодействия с родственниками по вопросу жизнеустройства пациента.  Время предоставления функции - не более 30 минут.  Кратность повторения – по необходимости.	Результат - определение маршрута дальнейшего жизнеустройства пациента.  Оценка результатов предоставления социальной функции:  1. функция оказана в соответствии со Стандартом;  2. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.
12. Содействие в предоставлении услуг сурдопереводчика.	Функция выполняется социальным координатором:  предоставление услуг сурдопереводчика с помощью сервиса «Говори руками».	<b>Выполняется социальным координатором, с согласия пациента:</b> 5. в течение 1 дня со дня согласования пациентом маршрута помощи определить дату предоставления негосударственного сервиса «Говори руками» с негосударственным центром помощи для людей с нарушением слуха (контактный телефон: + 7 (926) 870-44-44); 6. проинформировать лечащего врача о дате предоставления услуг сурдопереводчика; 7. войти в палату; 8. помочь пациенту воспользоваться функцией негосударственного сервиса «Говори руками»;	Функция считается выполненной после предоставления услуг сурдопереводчика  Время предоставления функции – не более одного часа.  Кратность повторения – по необходимости.	Результат – функции сурдопереводчика предоставлены  Оценка результатов предоставления социальной функции:  1. функция оказана в соответствии со Стандартом;  2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;  3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.

13.	Содействие в предоставлении услуг переводчика.	Функция предоставляется социальным координатором: предоставление услуг переводчика.	5. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.	<b>Предоставляется социальным координатором при привлечении специалиста:</b>	Функция считается выполненной после предоставления услуг переводчика и получения необходимой информации.	Результат – функции переводчика предоставлены, от пациента получена необходимая информация.
		Оказание функции возможно при помощи привлечения специалиста, владеющего необходимым иностранным языком, либо с использованием мобильного приложения «Переводчик».	8. в течение 1 дня со дня согласования пациентом маршрута помощи осуществить взаимодействие с посольствами и консульствами по вопросу предоставления переводчика; 9. согласовать с консульствами и посольствами дату выхода в больницу переводчика, выяснить Ф.И.О. переводчика для организации пропуска на территорию больницы; 10. согласовать с лечащим врачом дату предоставления услуг переводчика; 11. в назначенную дату оказать содействие в пропуске на территорию больницы переводчика; 12. сопроводить переводчика до палаты; 13. после оказания услуг сопроводить переводчика до выхода из больницы; 14. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.	<b>Предоставляется социальным координатором без привлечения специалиста:</b>	Время предоставления функции: по приглашению и сопровождению специалиста - не более одного часа;  при использовании мобильного приложения - не более 30 минут.  Кратность повторения – по потребности пациента до завершения пребывания в стационаре.	Оценка результатов предоставления социальной функции:  1. функция оказана в соответствии со Стандартом;  2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;  3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.
14	Оформление документов для получения путевки в стационарное социальное учреждение.	Функция выполняется администратором Службы сервиса: взаимодействие с Координационным центром ДТСЗН города Москвы.	3. использовать мобильное приложение «Переводчик» для перевода разговора; 4. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.	<b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b>	Функция считается выполненной после выписки пациента из медицинской организации в стационарное социальное учреждение.	Результат – маршрутизация пациента в учреждение стационарной формы обслуживания.
		Функция выполняется социальным координатором: сбор медицинских документов, необходимых для получения путевки и организации перевода пациента в стационарное социальное учреждение.	6. от координационного центра ДТСЗН поступает запрос подготовить заключение врачебной комиссии, этапный эпикриз по установленной форме. 7. данный запрос Службой сервиса в течении 1 часа перенаправляется социальному координатору в ГКБ; 8. полученные от социального координатора медицинские документы	<b>Предоставляется социальным координатором без привлечения специалиста:</b>	Время предоставления функции Службой сервиса – не более двух часов.  Время предоставления функции социальным координатором не более	Оценка результатов предоставления социальной функции:  1. функция оказана в соответствии со Стандартом;  2. пациент удовлетворен



направляются в трех часов, в случае качеством оказания координационный центр организации функции; ДТСЗН сопровождения - до шести 3. результаты работы часов. зафиксированы в ИС

9. по итогу рассмотрения документов пациента из координационного центра ДТСЗН в Службу сервиса ГБУ КЦМП поступает решение о выписанной путевке в стационарное социальное учреждение города Москвы;

10. Служба сервиса в течение 1 часа передает информацию социальному координатору в ГКБ.

Функция оказывается однократно (в исключительных случаях может быть оказана повторно).

**Выполняется социальным координатором:**

7. в день получения запроса от Службы сервиса получить от пациента согласие/отказ на предоставление ему услуг в стационарной форме в учреждении социального обслуживания;

8. передать полученную информацию в Службу сервиса;

9. в случае согласия пациента на предоставление ему социальных услуг в стационарной форме после получения запроса из Службы сервиса сообщить лечащему врачу о необходимости предоставить заключение врачебной комиссии, этапный эпикриз по установленной форме, а также информацию о паллиативном статусе пациента (при наличии);

10. не позднее установленного срока передать медицинские документы в Службу сервиса;

11. получить от Службы сервиса решение о рассмотрении пакета документов пациента;

12. проинформировать лечащего врача о решении ДТСЗН города Москвы о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании в стационарной форме;

В случае решения о признании гражданина нуждающимся в социальном обслуживании в стационарной форме социальный координатор должен:

1. в день получения информации о признании организовать взаимодействие

- с лечащим врачом по вопросу подготовки пакета документов, необходимого для помещения пациента в стационарное учреждение;
- направить пакет медицинских документов в Службу сервиса;
  - за сутки до выписки проинформировать администратора Службы сервиса о готовности перевода пациента в стационарное социальное учреждение;
  - после выписки на транспорте ГKB организовать перевозку пациента в стационарное социальное учреждение города Москвы.

**В случае необходимости сопровождения пациента** в стационарное социальное учреждение - сопроводить пациента в стационарное социальное учреждение с последующим возвращением на рабочее место.

- зафиксировать результаты работы в ИС ГKB.

15	Информирование Координационного центра ДТСЗН города Москвы о госпитализации и выписке из стационарной медицинской организации или смерти пациента, являющегося жителем стационарного социального учреждения.	Функция выполняется администратором Службы сервиса: информирование Координационного центра ДТСЗН города Москвы о госпитализации и выписке пациента, проживающего в стационарном социальном учреждении, а также о смерти в ГKB пациента, являющегося проживающим стационарного социального учреждения.	<b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b>	Функция считается выполненной после информирования о госпитализации и выписке из стационарной медицинской организации или смерти пациента, являющегося жителем стационарного социального учреждения.  Время предоставления функции администратором Службы сервиса – не более 30 минут;  социальным координатором – не более одного часа.  Функция оказывается по необходимости.	Результат - информирование Координационного центра ДТСЗН города Москвы.  Оценка результатов предоставления социальной функции:  1. функция оказана в соответствии со Стандартом;  2. результаты работы зафиксированы в ИС ГKB.
			<ol style="list-style-type: none"> <li>проинформировать Координационный центр ДТСЗН города Москвы о госпитализации пациента, проживающего в стационарном социальном учреждении;</li> <li>проинформировать Координационный центр ДТСЗН города Москвы о выписке пациента, проживающего в стационарном социальном учреждении;</li> <li>получить от Координационного центра ДТСЗН города Москвы данные о встречающем пациента сотруднике стационарного социального учреждения;</li> <li>передать информацию о встречающем пациента сотруднике стационарного социального учреждения социальному координатору;</li> <li>в случае смерти в ГKB пациента, проживающего в стационарном социальном учреждении, проинформировать Координационный центр ДТСЗН города Москвы.</li> </ol>		

**Выполняется социальным координатором:**

1. проинформировать в случае смерти пациента Службу сервиса;
2. проинформировать за сутки до выписки пациента Службу сервиса о времени и дате выписки пациента;
3. получить от Службы сервиса данные о встречающем пациента сотруднике стационарного социального учреждения;
4. организовать сопровождение выписки пациента;
5. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.

16.	Информирование поставщика социальных услуг о госпитализации и выписке пациента, признанного нуждающимся в социальном обслуживании на дому.	Функция выполняется Службой сервиса: информирование УСЗН АО города Москвы о госпитализации и выписке пациента.	<b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. уведомить посредством ЭДО УСЗН АО города Москвы о госпитализации пациента;</li> <li>2. за сутки до выписки уведомить посредством ЭДО УСЗН АО города Москвы о дате и времени выписки пациента из больницы, а в случае выписки пациента в выходные/праздничные дни, информировать УСЗН АО города Москвы посредством сообщения в мессенджерах с последующим дублированием информации в первый рабочий день.</li> </ol> <p>В случае необходимости обеспечения сопровождения пациента от больницы до места проживания в информационное письмо включается соответствующее сообщение.</p> <p>В зависимости от стадии предоставления социальных услуг возможны варианты сопровождения:</p> <p><b>Вариант 1</b></p> <p>- пациент на момент госпитализации является признанным нуждающимся в социальном обслуживании на дому у государственного поставщика социальных услуг:</p>	Функция оказывается по необходимости.	Результат - УСЗН АО города Москвы проинформировано о госпитализации/выписке пациента, признанного нуждающимся в социальном обслуживании.
				Время предоставления функции администратором Службы сервиса – не более 30 минут;	о госпитализации/выписке пациента, признанного нуждающимся в социальном обслуживании.
				социальным координатором – не более одного часа (в случае сопровождения до дома до двух часов).	Оценка результатов предоставления социальной функции:
					1. функция оказана в соответствии со Стандартом;
					2. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.

поставщик социальных услуг при выписке при необходимости обеспечивает сопровождение пациента.

#### **Вариант 2.**

**- пациент на момент госпитализации является признанным нуждающимся в социальном обслуживании на дому у негосударственного поставщика социальных услуг:**

УСЗН АО города Москвы при выписке при необходимости обеспечивает сопровождение пациента и информировании негосударственного поставщика социальных услуг о выписке пациента.

#### **Вариант 3.**

**- в случае, если пациенту определен поставщик социальных услуг во время госпитализации:**

УСЗН АО города Москвы обеспечивает встречу пациента дома, а также оказание социальных услуг до момента заключения договора поставщиком социальных услуг;

#### **Выполняется социальным координатором:**

1. заполнить ячейку в социальном портрете при работе в ИС ГKB, «является получателем социальных услуг»;
2. проинформировать в случае смерти пациента Службу сервиса;
3. за сутки до выписки пациента проинформировать Службу сервиса о времени и дате выписки.

**В случае, если пациенту определен поставщик социальных услуг во время госпитализации, при наличии необходимости сопровождения по состоянию здоровья: сопроводить пациента до места проживания**

17.	Организация сопровождение выписки.	и Функция выполняется социальным координатором: организация и сопровождение выписки.	4. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.	<b>Выполняется социальным координатором при согласии пациента:</b>	Функция считается выполненной после выписки пациента.	Результат - организовано сопровождение выписки пациента
			3. за сутки до выписки проинформировать родственников пациента о дате выписки;		Время предоставления функции - не более 45 минут.	Оценка результатов предоставления социальной функции:
			4. уточнить у родственников, кто будет встречать пациента;			1. функция оказана в соответствии со Стандартом;
			3. в день выписки из больницы помочь пациенту собрать вещи (при необходимости);	Функция оказывается однократно в день выписки пациента.		2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;
			4. помочь пациенту в день выписки проверить наличие необходимых документов, личных вещей, ключей от квартиры, телефона, лекарств,			3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.
			верхней одежды, обуви в соответствии с сезоном;			
			5. сопроводить пациента до места встречи с родственниками/опекунами/ социальным работником;			
			6. передать пациента родственникам/опекунам/социальному работнику;			
			7. вызвать такси пациенту за средства пациента/родственников (при необходимости);			
			8. помочь пациенту сесть в такси, если он направляется домой без сопровождения родственников или социального работника;			
			9. попрощаться с пациентом, пожелать ему выздоровления и доброго пути;			
			10. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.			
18.	Подъем на этаж.	Функция выполняется Службой сервиса: оказание содействия в подъеме пациента на этаж.	<b>Выполняется администратором Службы сервиса с согласия пациента:</b>	Функция считается выполненной после подъема пациента на этаж.	Результат - подъем пациента на этаж.	
		Функция выполняется социальным координатором: информирование Службы сервиса о времени и дате выписки пациента и его антропометрических данных.	1. за сутки до выписки пациента направить заявку в АНО «Центр «Помощь» о необходимости подъема пациента на этаж;	Время предоставления функции администратором Службы сервиса – не более 30 минут;	Оценка результатов предоставления социальной функции:	
			2. проинформировать социального координатора о согласовании функции в дату выписки.	социальным координатором – не более 30 минут.	1. функция оказана в соответствии со Стандартом;	
					2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;	



**Выполняется социальным координатором:**

1. передать в Службу сервиса антропометрические данные пациента;
2. за сутки до выписки пациента проинформировать Службу сервиса о планируемой дате выписки;
3. уточнить информацию о встречающих пациента по месту проживания лицах;
4. сопроводить пациента в день выписки до автотранспорта;
5. помочь пациенту в размещении в транспортном средстве;
6. в случае необходимости – сопроводить пациента с последующим возвращением на рабочее место;
7. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.

Функция осуществляется однократно при выписке пациента.

качеством оказания функции;

3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.

21.	Транспортировка пациента по маршруту «Больница – дом» (когда пациент едет один).	Функция выполняется социальным координатором: оказание содействия в транспортировке пациента по маршруту «Больница-дом» (когда пациент едет один)	<b>Выполняется социальным координатором в случае согласия пациента:</b>	Функция считается выполненной после отправления пациента из ГКБ.	Результат - организована транспортировка пациента по маршруту «Больница-дом».
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. вызвать такси;</li> <li>2. сопроводить пациента до автотранспорта;</li> <li>3. помочь пациенту донести имеющиеся у него вещи до транспорта;</li> <li>4. помочь пациенту сесть в такси;</li> <li>5. попрощаться с пациентом, пожелать ему выздоровления и доброго пути;</li> <li>6. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</li> </ol>	Время предоставления функции социальным координатором - не более 30 минут.	Оценка результатов предоставления социальной функции:
				Функция осуществляется однократно при выписке пациента.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;</li> <li>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</li> </ol>
22.	Транспортировка пациента по маршруту «Больница – дом – больница» в сопровождении социального координатора.	Функция выполняется социальным координатором: оказание содействия в транспортировке пациента по маршруту «Больница-дом-больница» в сопровождении социального координатора.	<b>Выполняется социальным координатором в случае согласия пациента:</b>	Функция считается выполненной после завершения транспортировки пациента по маршруту «Больница-дом-больница».	Результат - организована транспортировка пациента по маршруту «Больница-дом – больница».
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. вызвать такси;</li> <li>2. сопроводить пациента до автотранспорта;</li> <li>3. помочь пациенту донести имеющиеся у него вещи до транспорта;</li> </ol>	Время предоставления функции социальным координатором - не более трех часов с учетом затрат времени на обратную дорогу.	Оценка результатов предоставления социальной функции:

4. помочь пациенту сесть в такси;
5. сесть самому в такси;
6. помочь пациенту при остановке такси у дома выйти из машины, донести вещи до квартиры;
7. попрощаться с пациентом, пожелать ему выздоровления;
8. вернуться в больницу на городском транспорте;
9. зафиксировать результаты работы в ИС ГKB.

Функция оказывается однократно при выписке пациента.

1. функция оказана в соответствии со Стандартом;
2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;
3. результаты работы зафиксированы в ИС ГKB.

23. Транспортировка пациента по маршруту «Больница – дом» в сопровождении социального работника.

Функция выполняется Службой сервиса:

информирование УСЗН АО города Москвы о необходимости сопровождения пациента социальным работником.

Функция выполняется социальным координатором:

организация вызова такси по маршруту «Больница – дом» в сопровождении социального работника.

**Выполняется администратором Службы сервиса:**

1. за сутки уведомить УСЗН АО города Москвы о дате и времени выписки пациента из больницы и необходимости сопровождения его до адреса фактического проживания.

Функция считается выполненной после вызова автотранспорта.

Время предоставления функции администратором Службы сервиса – 15 минут; социальным координатором – не более 30 минут.

**Выполняется социальным координатором:**

1. за сутки уведомить администратора Службы сервиса о дате и времени выписки пациента;
2. в установленное время в день выписки передать пациента социальному работнику;
3. осуществить вызов такси;
4. убедиться, что такси прибыло на указанное в заказе место;
5. попрощаться с пациентом, пожелать ему выздоровления и доброго пути;
6. зафиксировать результаты работы в ИС ГKB.

Функция оказывается однократно при выписке пациента.

- Результат - организована транспортировка пациента по маршруту «Больница – дом» в сопровождении социального работника

Оценка результатов предоставления социальной функции:

1. функция оказана в соответствии со Стандартом;
2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;
3. результаты работы зафиксированы в ИС ГKB.

24. Содействие в получении психологической помощи.

Функция выполняется социальным координатором: оказание содействия в получении психологической помощи.

**Выполняется социальным координатором**

1. при выявлении потребности проинформировать психолога о нуждаемости пациента в психологической помощи;
2. зафиксировать результаты работы в ИС ГKB.

Функция считается выполненной после передачи заявки на оказание психологической помощи психологу.

Время предоставления функции - не более 15 минут

- Результат - организация работы с психологом с пациентом.

Оценка результатов предоставления социальной функции:

1. функция оказана в



			Функция оказывается по потребности.	соответствии со Стандартом; 2. пациент удовлетворен качеством оказания функции; 3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.	
25.	Предоставление технических средств реабилитации (далее ТСР) во временное пользование (костыли, ходунки, кресла-коляски)	Функция включает обеспечение пациента на безвозмездной основе во временное пользование ТСР, в случаях невозможности самостоятельного передвижения, обусловленного заболеваниями, последствиями травм, операций и дефектами.	<b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b> 1. запросить у социального координатора информацию о социальном статусе пациента; 2. направить сформированную заявку о предоставлении ТСР во временное пользование (костыли, ходунки, кресла-коляски) в ГБУ РЦИ; 3. получить от ГБУ РЦИ подтверждение о наличии/отсутствии необходимого вида ТСР; 4. выяснить у ответственного сотрудника ГБУ РЦИ дату выдачи ТСР; 5. проинформировать о дате выдачи ТСР УСЗН АО города Москвы; 6. проинформировать о дате выдачи ТСР социального координатора.	Функция считается выполненной при предоставлении ТСР пациенту.  Время предоставления функции администратором Службы сервиса - не более 30 минут;  социальным координатором: <b>Вариант 1 -</b> не более 40 минут; <b>Вариант 2 -</b> не более 15 минут; <b>Вариант 3 -</b> не более 4 часов.	Результат – предоставление ТСР во временное пользование.  Оценка результатов предоставления социальной функции: 1. функция оказана в соответствии со Стандартом; 2. пациент удовлетворен качеством оказания функции; 3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.
		Функция оказывается при наличии полного пакета оригиналов правоустанавливающих документов.			
		Функция выполняется Службой сервиса: 1. согласование предоставления ТСР во временное пользование пациенту; 2. информирование УСЗН АО города Москвы о необходимости получения ТСР социальным работником в ГБУ РЦИ.	<b>Выполняется социальным координатором:</b> <b>Вариант 1</b> - если пациент является получателем социальных услуг на дому на момент госпитализации: 1. проинформировать пациента о порядке предоставления ТСР во временное пользование; 2. получить согласие/отказ пациента на обеспечение во временное пользование ТСР на безвозмездной основе; 3. передать информацию в Службу сервиса; 4. получить от Службы сервиса подтверждение о наличии/отсутствии необходимого вида ТСР и		
		Функция выполняется социальным координатором: 1. информирование родственников пациента о порядке предоставления ТСР; 2. организация получения ТСР.			

- информацию о дате получения;
5. организовать сбор правоустанавливающих документов у пациента для передачи социальному работнику;
  6. организовать пропуск на территорию ГKB социального работника, оказывающего содействие в получении ТСП в ГБУ РЦИ;
  7. получить ТСП во временное пользование у социального работника;
  8. передать ТСП пациенту во временное пользование;
  9. зафиксировать результаты работы в ИС ГKB

#### **Вариант 2**

**- если у пациента имеются родственники, осуществляющие уход за пациентом:**

1. проинформировать родственников пациента о порядке предоставления ТСП;
2. проинформировать родственников пациента о наличии/отсутствии необходимого вида ТСП в ГБУ РЦИ;
3. при наличии ТСП проинформировать о дате получения;
4. получить ТСП у родственника;
5. передать ТСП пациенту во временное пользование;
6. зафиксировать результаты работы в ИС ГKB.

#### **Вариант 3**

**- в случае отсутствия у пациента родственников и иных близких лиц:**

1. проинформировать пациента о порядке предоставления ТСП во временное пользование;
2. получить согласие/отказ пациента на обеспечение во временное пользование ТСП на безвозмездной основе;
3. передать информацию в Службу сервиса;
4. получить от Службы сервиса подтверждение о наличии/отсутствии необходимого вида ТСП и информацию о дате получения;
7. организовать сбор правоустанавливающих документов у пациента;

8. получить ТСР в ГБУ РЦИ во временное пользование;
9. передать пациенту ТСР во временное пользование;
10. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.

<p>26. Предоставление технических средств реабилитации (далее ТСР) в постоянное пользование (костыли, ходунки, кресла-коляски).</p>	<p>Функция включает обеспечение пациента на безвозмездной основе в постоянное пользование ТСР, в случаях невозможности самостоятельного передвижения, обусловленного заболеваниями, последствиями травм, операций и дефектами.</p> <p>Функция предоставляется в случае, когда пациент не имеет регистрации по месту жительства в Москве.</p> <p>Функция выполняется Службой сервиса:</p> <p>согласование предоставления ТСР в постоянное пользование пациенту;</p> <p>Функция выполняется социальным координатором:</p> <p>организация доставки и получения ТСР.</p>	<p><b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. направить сформированную заявку о предоставлении ТСР в постоянное пользование (костыли, ходунки, кресла-коляски) в ГБУ РЦИ;</li> <li>2. получить от ГБУ РЦИ подтверждение о наличии/отсутствии необходимого вида ТСР;</li> <li>3. выяснить у ответственного сотрудника ГБУ РЦИ информацию о дате выдачи ТСР;</li> <li>4. проинформировать о дате выдачи ТСР социального координатора.</li> </ol> <p><b>Выполняется социальным координатором:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. проинформировать пациента о порядке предоставления ТСР в постоянное пользование;</li> <li>2. получить согласие/отказ пациента на обеспечение в постоянное пользование ТСР на безвозмездной основе;</li> <li>3. передать информацию в Службу сервиса;</li> <li>4. получить от Службы сервиса подтверждение о наличии/отсутствии необходимого вида ТСР и информацию о дате получения;</li> <li>5. получить ТСР в ГБУ РЦИ;</li> <li>6. передать пациенту ТСР в постоянное пользование;</li> <li>7. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ</li> </ol>	<p>Функция считается выполненной при предоставлении ТСР пациенту.</p> <p>Время предоставления функции администратором Службы сервиса - не более 30 минут; координатором - не более 4 часов</p>	<p>Результат – предоставление ТСР в постоянное пользование.</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</li> <li>2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;</li> <li>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</li> </ol>
<p>27. Организация определения индивидуальных потребностей гражданина социального обслуживания</p>	<p>Функция предоставляется администратором Службы сервиса:</p> <p>информирование УСЗН АО города Москвы о необходимости организации определения индивидуальных</p>	<p><b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. передать информацию о необходимости проведения определения индивидуальных</li> </ol>	<p>Функция считается выполненной после проведения функциональной диагностики и получения информации о решении.</p>	<p>Результат – организация проведения функциональной диагностики.</p>

(функциональная диагностика).	потребностей гражданина в социальном обслуживании	в потребностях гражданина в социальном обслуживании ответственному сотруднику УСЗН АО города Москвы;	Время предоставления функции администратором Службы сервиса – не более 30 минут; социальным координатором – не более 30 минут.	Оценка результатов предоставления социальной функции:
		2. осуществить запрос ФИО и контактного телефона социального инспектора для организации пропуска на территорию больницы;		1. функция оказана в соответствии со Стандартом;
		3. предоставить УСЗН АО города Москвы контактный номер телефона социальной службы в больнице;		2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;
		4. передать социальному координатору информацию о дате выхода социального инспектора;		3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.
		5. получить информацию по результатам процедуры признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании:		
		- о принятом решении;		
		- о дате решения;		
		- о наименовании поставщика социальных услуг;		
		6. передать информацию о результатах проведения определения индивидуальных потребностей гражданина в социальном обслуживании социальному координатору;		
		13. при поступлении запроса от Координационного центра ДТСЗН города Москвы в Службу сервиса ГБУ КЦМП ДТСЗН об уточнении у пациента предпочтительной формы предоставления социальных услуг запросить информацию у социального координатора;		
		14. направить в течении одного часа в Координационный центр ДТСЗН города Москвы полученную от социального координатора информацию о согласии пациента;		
		9. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.		
		<b>Выполняется социальным координатором:</b>		
		1. обеспечить пропуск социального инспектора на территорию медицинской организации,		
		2. сопроводить инспектора до пациента;		
		3. после проведения диагностики сопроводить социального инспектора до		

			<p>выхода с территории больницы;</p> <p>4. при наличии запроса получить от пациента уточняющую информацию по предпочтительной форме социального обслуживания.</p>		
28.	<p>Взаимодействие с консульствами/посольствами/представительствами по вопросу поиска родственников и дальнейшего жизнеустройства пациента.</p>	<p>Функция представляется социальным координатором:</p> <p>организация запроса о пациенте в консульства/ посольства/ представительства с целью установления жизненных обстоятельств и дальнейшего жизнеустройства пациента, не имеющего регистрации по месту жительства в Москве.</p>	<p><b>Выполняется социальным координатором</b></p> <p>1. выяснить в телефонной беседе с консульствами/ посольствами/ представительствами контактные данные родственников;</p> <p>2. при наличии родственников осуществить телефонный звонок с целью выяснения имеющихся возможностей дальнейшего жизнеустройства пациента;</p> <p>3. осуществить с консульствами/ посольствами/ представительствами беседу по вопросам жизнеустройства пациента (в случае отсутствия родственников или отсутствия у родственников возможностей по дальнейшему жизнеустройству пациента), возможности восстановления документов (при необходимости), организации доставки домой и встречи по месту проживания;</p> <p>4. в случае невозможности установить договоренность по телефону направить письменный запрос;</p> <p>5. результаты работы зафиксировать в ИС ГКБ.</p>	<p>Функция считается выполненной после решения вопроса по дальнейшему жизнеустройству пациента.</p> <p>Время предоставления функции социальным координатором – не более трех часов.</p>	<p>Результат – решение вопроса о дальнейшем жизнеустройстве пациента.</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <p>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</p> <p>2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;</p> <p>3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</p>
29.	<p>Взаимодействие с мобильной службой «Мой семейный центр» по вопросу помещения в учреждение несовершеннолетнего, родственники которого госпитализированы по скорой медицинской помощи в стационар.</p>	<p><b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b></p> <p>направление информации в УСЗН АО города Москвы о нахождении в больнице несовершеннолетнего, чей родственник госпитализирован.</p> <p>Выполняется социальным координатором:</p> <p>взаимодействие с мобильной службой «Мой семейный центр» по вопросу передачи им несовершеннолетнего.</p>	<p><b>Функция выполняется администратором Службы сервиса.</b></p> <p>- осуществить поиск по информационным базам второго законного представителя несовершеннолетнего</p> <p><b>Вариант 1</b></p> <p>- <b>отсутствие второго законного представителя у несовершеннолетнего или нахождение его за пределами Москвы:</b></p> <p>1. осуществить взаимодействие с УСЗН АО города Москвы по вопросу нахождения в больнице несовершеннолетнего;</p> <p>2. уточнить контактные данные</p>	<p>Функция считается выполненной после передачи несовершеннолетнего законному представителю или уполномоченному сотруднику.</p> <p>Время предоставления функции администратором Службы сервиса - не более одного часа;</p> <p>социальным координатором – до передачи несовершеннолетнего.</p> <p>Общее время нахождения несовершеннолетнего в</p>	<p>Результат – передача несовершеннолетнего законному представителю или уполномоченному сотруднику.</p> <p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p> <p>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</p> <p>2. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</p>

сотрудника мобильной больницы не должно превышать четырех часов. службы «Мой семейный центр» и месте куда будет направлен несовершеннолетний;

3. передать информацию о сотруднике мобильной службы «Мой семейный центр» социальному координатору для организации передачи несовершеннолетнего.

#### **Вариант 2**

**- имеется второй законный представитель:**

1. проинформировать второго законного представителя о месте нахождения несовершеннолетнего;

2. получить информацию о времени прибытия второго представителя в больницу;

3. проинформировать социального координатора о времени прибытия за несовершеннолетним.

**Выполняется социальным координатором:**

поместить несовершеннолетнего в кабинет социальной службы и осуществить постоянный присмотр за ребенком до прибытия сотрудника службы или законного представителя.

#### **Вариант 1**

**- отсутствие второго законного представителя у несовершеннолетнего или нахождение его за пределами Москвы:**

1. получить от Службы сервиса контактные данные сотрудника мобильной службы и о месте направления несовершеннолетнего из больницы;

2. обеспечить допуск на территорию больницы сотрудника мобильной службы «Мой семейный центр»;

3. осуществить передачу несовершеннолетнего сотруднику мобильной

службы «Мой семейный центр»;

4. получить информацию о наименовании учреждения (адрес и телефон), куда будет помещен несовершеннолетний;

5. при первой возможности проинформировать пациента о местонахождении несовершеннолетнего и контактных данных учреждения;

6. в случае необходимости, осуществить содействие в телефонной беседе пациента и несовершеннолетнего, временно помещенного в учреждение на время госпитализации пациента.

#### Вариант 2

**- имеется второй законный представитель:**

1. получить от Службы сервиса информацию о втором законном представителе и времени его прибытия в больницу;

2. проверить документы, подтверждающие, что прибывшее лицо является законным представителем несовершеннолетнего;

3. передать ребенка законному представителю;

4. при первой возможности проинформировать пациента о местонахождении несовершеннолетнего;

5. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.

30 Установление жизненных обстоятельств гражданина когнитивными нарушениями

с

Функция предоставляется в рамках установления жизненных обстоятельств (функция № 10).

31	Информирование ГБУ «Единый центр поддержки» о госпитализации участника или родственника участника СВО	ГБУ «Единый центр поддержки»	<b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b> информирование ГБУ «Единый центр поддержки» о госпитализации участника или родственника участника СВО.	<b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b> 3. осуществить передачу информации о госпитализации участника или родственника участника СВО ответственному сотруднику ГБУ «Единый центр поддержки»;	Функция считается выполненной после информирования ГБУ «Единый центр поддержки» о госпитализации участника или родственника участника СВО.	Результат – информирование ГБУ «Единый центр поддержки» о госпитализации участника или родственника участника СВО
----	---	------------------------------	--	--	--	---

4. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.

Время предоставления функции администратором Службы сервиса - не более 10 минут.

Оценка результатов предоставления социальной функции:

1. функция оказана в соответствии со Стандартом;

2. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.

32	Организация встречи с представителем духовенства	<b>Выполняется социальным координатором:</b>  организация встречи с представителем духовенства	<b>Выполняется социальным координатором:</b>  1. осуществить поиск представителя духовенства необходимой пациенту конфессии; 2. согласовать дату и формат встречи с пациентом; 3. согласовать встречу с представителем духовенства с лечащим врачом, 4. встретить представителя духовенства в больнице; 5. сопроводить представителя духовенства к пациенту; 6. сопроводить представителя духовенства до выхода с территории больницы; 7. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.	Функция считается выполненной после организации встречи пациента с представителем духовенства	Результат – организация встречи с представителем духовенства.
				Время предоставления функции социальным координатором – не более 30 минут.	Оценка результатов предоставления социальной функции:
					1. функция оказана в соответствии со Стандартом;
					2. пациент удовлетворен качеством оказания функции;
					3. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.
33	Направление в школу родственного ухода члена семьи пациента.	Функция выполняется социальным координатором:  информирование родственников о возможности обучения в Школе родственного ухода.	<b>Выполняется социальным координатором:</b>  4. осуществить выдачу информационного буклета пациенту; 5. осуществить информирование родственника пациента о наличии школы родственного ухода члена семьи пациента; 6. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.	Функция завершается после информирования о возможности обучения в школе родственного ухода	Результат - информирование родственников о возможности обучения в Школе родственного ухода.
				Время предоставления социальным координатором - не более 15 минут.	Оценка результатов предоставления социальной функции:
					1. функция оказана в соответствии со Стандартом;
					2. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.
34	Информирование УСЗН АО города Москвы по месту жительства пациента о совершеннолетних недееспособных и инвалидах с детства, маломобильных родственниках пациента, оставшихся дома без присмотра, с целью содействия в	Выполняется администратором Службы сервиса:  информирование УСЗН АО города Москвы по месту жительства пациента о совершеннолетних недееспособных и инвалидах с детства, маломобильных родственниках пациента, оставшихся дома без присмотра, с целью содействия	<b>Выполняется администратором Службы сервиса:</b>  2. осуществить информирование УСЗН АО города Москвы по месту жительства пациента о необходимости оказать содействие в предоставлении социальной помощи родственникам пациента,	Функция завершается после получения информации от УСЗН АО города Москвы по месту жительства пациента об оказанной поддержке родственнику.	Результат - информирование УСЗН АО города Москвы по месту жительства пациента о совершеннолетних недееспособных и инвалидах с детства, маломобильных родственниках пациента,



предоставлении социальной помощи и социальных услуг.	в предоставлении социальной помощи и социальных услуг.	<p>оставшимся одним дома и нуждающимся в поддержке;</p> <p>2. получить обратную связь по предоставленной помощи родственнику пациента;</p> <p>3. проинформировать социального координатора об оказанной помощи родственнику.</p>	<p>Время выполнения администратором Службы сервиса – не более 20 минут;</p> <p>социальным координатором - не более 10 минут.</p>	<p>оставшихся дома без присмотра, и получение обратной связи.</p>
		<p><b>Выполняется социальным координатором:</b></p>		<p>Оценка результатов предоставления социальной функции:</p>
		<p>4. получить от Службы сервиса информацию о проделанной работе по оказанию помощи родственнику пациента;</p> <p>5. при первой возможности проинформировать пациента о помощи, оказанной социальной службой родственнику;</p> <p>6. зафиксировать результаты работы в ИС ГКБ.</p>		<p>1. функция оказана в соответствии со Стандартом;</p> <p>2. результаты работы зафиксированы в ИС ГКБ.</p>