

Алгоритм действий социального работника при оказании социальных услуг в форме социального обслуживания на дому

Методические рекомендации



Санкт-Петербург

2020

Печатается по решению экспертно-методического совета СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья».

Протокол от «16» ноября 2020 г. № 59

Алгоритм действий социального работника при оказании социальных услуг в форме социального обслуживания на дому. Методические рекомендации / И. Б. Ипатова, И. О. Ефременко. – Санкт-Петербург: СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья», 2020. – 54 с.

Целью данной методической разработки является повышение уровня личной безопасности сотрудников учреждений социального обслуживания населения при оказании социальных услуг на дому.

Социальные работники должны владеть навыками, позволяющими адекватно действовать в потенциально опасных ситуациях. Необходимо осваивать модели поведения, подходящие для конкретных ситуаций, представляющих угрозу для всех участников социального обслуживания.

Методические рекомендации подготовлены в рамках реализации распоряжения Правительства Санкт-Петербурга от 04.07.2017 № 38-рп «О плане мероприятий на 2017–2020 годы по реализации в Санкт-Петербурге первого этапа стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2025 года».

Методическая разработка предназначена для специалистов по социальной работе, социальных работников ГУ СОН, оказывающих социальные услуги пожилым гражданам и инвалидам на дому.

© Ипатова И. Б.

© Ефременко И. О.

© СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья»

Оглавление

I. Общие положения	3
II. Теоретические аспекты безопасности	4
Факторы, связанные с причинением вреда физическому здоровью	6
Факторы, связанные с нанесением морального ущерба	7
Факторы, снижающие психологическую устойчивость личности	8
III. Теоретические и практические аспекты психологической безопасности личности	10
IV. Психические расстройства	14
V. Рекомендации по взаимодействию с пожилыми людьми, страдающими психическими расстройствами. Обеспечение безопасности пожилого человека и окружающих его людей	18
Психическое и двигательное возбуждение	18
Взаимодействие с хронически больными пожилыми людьми	19
Взаимодействие при психоэмоциональных переживаниях (нервная дрожь, плач, истерика, страх, апатия, ступор, катастрофическая реакция)	20
Взаимодействие при неконтролируемой нервной дрожи	21
Взаимодействие при плаче	21
Взаимодействие при истерике	21
Взаимодействие при страхе	22
Взаимодействие при катастрофической реакции	24
Потеря памяти и нарушение координации движения	24
Ограничение способности устанавливать и поддерживать контакты	26
Дефицит желания следить за собой, при ограничении способности к самообслуживанию (посещение туалета, умывание и купание, одевание и прием пищи)	27
Посещение туалета и недержание мочи	27
Купание и личная гигиена	28
Одевание пожилого человека	29
Приготовление пищи и кормление пожилого человека	30

Нарушение ночного сна	31
Взаимодействие при неуместном сексуальном поведении	31
Ситуации надуманного пожилым человеком «похищения» его вещей	32
Профилактические меры для людей, склонных к бродяжничеству	32
Предупреждение бесконтрольного выхода из места жительства и обеспечение безопасного пребывания пожилого человека, который может уйти из дома	32
Возникновение у пожилого человека бредовых идей или галлюцинаций	33
Риск насилия по отношению к другим людям в результате агрессивного поведения пожилого человека	34
Взаимодействие при депрессии	34
VI. Методы психической саморегуляции	35
Управление вниманием	36
Упражнения, направленные на тренировку внимания	38
Создание чувственных образов	39
Словесные формулы внушения	41
Регуляция мышечного стереотипа	43
Методы регуляции отрицательных состояний	49
Методика аутогенной тренировки (АТ)	50
Литература	53

I. Общие положения

Для сферы социального обслуживания одной из основных задач является создание здоровой, безопасной окружающей человека среды. Социальный работник должен владеть основами безопасной жизнедеятельности, которые могут быть сформированы в результате психологической подготовки, профилактики заболеваний, травматизма, правонарушений и других происшествий.

Обеспечение безопасности жизни и здоровья социального работника является одной из проблем социального обслуживания на дому. Лучший способ повышения личной безопасности и безопасности получателей социальных услуг – предотвращение возникновения опасных ситуаций и умение вовремя оказывать помощь себе и другим.

Инстинкт самосохранения у каждого человека срабатывает интуитивно, большинство людей связывают ощущение опасности с будничными проблемами и непрерывными заботами и не задумываются о международных конфликтах и глобальных катастрофах. Основными аспектами безопасности человека являются: защита своего здоровья, жилья, рабочего места и окружающей среды.

Сегодня одна из актуальных задач обучения социального работника – изучение социальных аспектов безопасности, чрезвычайных ситуаций социального характера, способов их своевременного предотвращения, локализации и ликвидации. Это обусловлено тем, что социальные работники не только должны сами владеть знаниями правил безопасности, но и уметь разъяснить их получателям социальных услуг, поделиться умениями и навыками их применения в своей повседневной жизни, формировать у них культуру безопасности и психологию безопасного поведения. Понятно, что оградить человека от всех угроз и опасностей невозможно, но помочь ему овладеть элементарными навыками безопасного поведения вполне реально.

Важно отметить необходимость соответствующей подготовки

социальных работников, позволяющей им адекватно действовать в потенциально опасных ситуациях, содержащих информационные, психологические, юридические аспекты жизнедеятельности. Причем в процессе обучения нужно осваивать модели поведения, учитывающие конкретные ситуации, представляющие угрозы для всех участников социального обслуживания.

Цель: содействие сохранению жизни и здоровья социальных работников, повышение уровня их личной безопасности при оказании социальных услуг на дому.

Данные рекомендации позволят решить ряд задач:

- Предоставить социальным работникам знания по вопросам личной и общественной безопасности, содействующие формированию практических навыков и умений при оказании социальных услуг на дому.
- Обучить дифференцированию ситуации на опасную и безопасную в условиях обслуживания на дому.
- Обучить социальных работников эффективным методам безопасности осуществления социальной работы с пожилыми людьми на дому.
- Обучить систематизации своих знаний в области личной безопасности и оказанию само- и взаимопомощи.
- Предоставить рекомендации по взаимодействию социальных работников с пожилыми людьми, имеющими психические расстройства.
- Разобрать проблемные ситуации, возникающие в процессе оказания социальных услуг.

II. Теоретические аспекты безопасности

Опасные ситуации часто возникают неожиданно, и поэтому причины и способы выхода из них не всегда полностью осознаются. Уровень осознания возможной опасности в значительной степени определяет вероятность ее

возникновения. Степень осознания ситуации и адекватность поведения в случае возникновения неожиданной угрозы для жизни во многом определяются врожденными особенностями личности, ее установками, типом нервной системы и рядом других психобиологических показателей. Научить человека правильно вести себя в непредвиденных ситуациях, угрожающих жизни, возможно не всегда, поэтому зачастую люди оказываются неподготовленными к действию в них. Для начала стоит определить ряд понятий, которые напрямую взаимосвязаны с психической безопасностью [9].

Опасные ситуации – это нежелательные события, которые при несколько изменившейся ситуации могли бы явиться причиной дестабилизации личностной системы. Природа опасных ситуаций чрезвычайно разнообразна – это может быть физическая опасность, опасность социальных наказаний, материальных потерь, духовных переживаний и т. д. Одним из типов опасной ситуации является несчастный случай.

Несчастный случай – это внезапное повреждение человека (препятствующее нормальному продолжению его деятельности), произошедшее в результате воздействия опасного фактора или собственного опасного поведения. Причиной возникновения несчастного случая является нахождение человека в опасной зоне. Причинами несчастного случая могут быть: физическая среда, социальная среда, межличностные отношения, сама личность. Таким образом, несчастный случай может быть следствием неадекватного поведения человека в опасной ситуации или результатом его неправильных реакций на нее.

Факторы риска при выходе специалиста на дом достаточно многочисленны и для легкости их понимания были выделены в три отдельные группы. Рассмотрим их подробнее [17].

Факторы, связанные с причинением вреда физическому здоровью

К первой группе относятся факторы, связанные с причинением вреда физическому здоровью:

- риск подвергнуться насилию;
- возможность заражения социально опасными заболеваниями [18].

Оказывая услуги на дому, социальные работники подвергаются опасности физического и психологического насилия. Психические заболевания далеко не всегда можно вовремя заметить, особенно если это пожилой человек. Довольно часто пожилой человек, его родственники, а иногда и врачи рассматривают возникшие нарушения как проявление «естественного» старения. Таким образом, пожилой человек может годами страдать от психических нарушений, избегая обращения к психиатру, боясь, что его сочтут «сумасшедшим».

Несмотря на неизбежные возрастные изменения, пожилые люди, не имеющие заболеваний, затрагивающих деятельность центральной нервной системы, до глубокой старости остаются адекватными и сохраняют способность к обучению.

В случае если заболевания сказываются на центральной нервной системе, в первую очередь существенно ухудшается память. Нарушения памяти, в свою очередь, приводит к ограничению социальной активности человека, что может быть первым признаком развития деменции.

При психических расстройствах нередко возникает немотивированная агрессия.

Например, напоминание о каком-то событии, вскользь пророненное слово или резкое движение могут спровоцировать пожилого человека неожиданно наброситься на социального работника с кулаками или попытаться ударить его подручными средствами.

Говоря о факторах риска причинения вреда физическому здоровью социального работника, стоит отметить опасность заражения инфекционными заболеваниями [18].

Например, оказание услуг на дому неразрывно связано с трудностью пожилого человека самостоятельно поддерживать порядок в квартире, а грязь зачастую является источником возникновения кишечных инфекций. В связи с этим нельзя недооценивать риск заражения сотрудников, оказывающих надомные услуги, каким-либо заболеванием.

Факторы, связанные с нанесением морального ущерба

Ко второй группе относятся факторы, связанные с нанесением необоснованного морального ущерба специалисту:

- обвинения в воровстве;
- жалобы на халатность, невнимательное отношение и некачественное исполнение служебных обязанностей [4].

В пожилом возрасте частыми явлениями могут стать обвинения в воровстве и клевете, которые вызваны развитием бредового расстройства. Бред – это не соответствующее действительности, ошибочно обосновываемое суждение, обусловленное расстройством психической деятельности. Бред может проявляться как паранойя, выражающаяся в чрезмерной подозрительности. Так, пожилой человек может воспринимать любые действия окружающих как направленные против него. Содержание бреда при паранойе чаще всего включает идеи воровства, преследования с целью овладения имуществом, физического или морального ущерба, отравления и ограничивается бытовыми обстоятельствами. События, вовлекаемые в систему бредовых представлений больного паранойей, происходят в пределах квартиры [11].

Ситуация осложняется тем, что присоединяются проблемы с памятью.

Например, потеря документов, ценных вещей или денег, которые пожилые люди спрятали, как им кажется, в безопасное место, а потом забыли об этом, может привести к обвинению в воровстве социальных работников.

Необоснованные жалобы пожилых людей на халатность,

невнимательное отношение и некачественное исполнение служебных обязанностей в работе социального работника могут привести к стрессу и профессиональному выгоранию.

Бывает так, что сотрудник старается, делает все возможное для пожилого человека, а в ответ получает поток жалоб и неприятные высказывания.

Также можно отметить появление таких черт, как эгоцентризм при одновременном снижении человеколюбия.

Ставя себя во главу угла, зачастую пожилые люди не думают о других. Сниженный эмоциональный фон, не восполняемый в общении, «подпитывается» через постоянные жалобы, а ответы на них субъективно воспринимает как проявление внимания.

Факторы, снижающие психологическую устойчивость личности

Можно выделить следующие факторы, снижающие психологическую устойчивость личности специалиста:

- несоответствие эмоциональных затрат и «вознаграждения» за труд, способствующие развитию синдрома эмоционального выгорания у специалистов;
- вторжение в интимно-личностную сферу социального работника, вызванное нарушением границ в профессиональной сфере;
- развитие профессиональных стрессов, связанное с неадекватным и некорректным поведением подопечных [6].

Синдрому эмоционального выгорания (СЭВ) прежде всего подвержены представители «помогающих» профессий [4], а именно: врачи, медицинские сестры, учителя, социальные работники, психологи и т. д.

Под СЭВ понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, а основной причиной считается стресс и переутомление, вызванные трудностями, возникающими на рабочем месте.

В тот момент, когда требования длительное время преобладают над

ресурсами, у специалиста нарушается состояние равновесия, которое неизбежно приводит к СЭВ.

Установлена связь выявленных изменений с характером профессиональной деятельности, сопряженной с ответственностью за судьбу, здоровье, жизнь людей. Эти изменения расцениваются как результат воздействия продолжительного профессионального стресса [9].

Среди факторов, способствующих развитию СЭВ, отмечается высокая эмоциональная включенность в деятельность, несоответствие результатов затраченным силам, несоответствие между требованиями к работнику и его реальными возможностями.

Стресс на рабочем месте – несоответствие между личностью и предъявляемыми к ней требованиями – является ключевым компонентом СЭВ.

К основным организационным факторам, способствующим выгоранию, относятся:

- высокая рабочая нагрузка;
- отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и руководства;
- недостаточное вознаграждение за работу;
- высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы;
- невозможность влиять на принятие решений;
- двусмысленные, неоднозначные требования к работе;
- постоянный риск штрафных санкций;
- однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность;
- необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным;
- отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы [16].

Развитию СЭВ способствуют личностные особенности:

- высокий уровень эмоциональной лабильности;
- высокий самоконтроль, особенно при волевом подавлении

отрицательных эмоций;

- рационализация мотивов своего поведения;
- склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью «внутреннего стандарта» и блокированием в себе негативных переживаний;
- ригидная личностная структура [9].

Любой выход специалистов социальной службы на дом к пожилым людям и инвалидам сопровождается сверхсильными эмоциональными затратами. Поэтому отсутствие должного вознаграждения, в первую очередь морального, переживается работником как непризнание его труда, что может также привести к эмоциональной апатии, снижению эмоциональной вовлеченности в дела коллектива, возникновению чувства несправедливости в отношении него и, соответственно, к выгоранию [7].

Разрушение интимно-личностной сферы социального работника является фактором субъективного плана, поскольку вызывается неправильным поведением самого специалиста. Незаметно для сотрудников подопечные становятся близкими друзьями, теряются границы личного и профессионального общения. Беседы выходят на уровень, когда хочется поделиться своей личной жизнью. Такое нарушение границ общения некорректно, так как в случае возникновения проблемных или конфликтных ситуаций рассказанное «по дружбе» оборачивается против самого специалиста.

В противовес предыдущему фактору развитие профессиональных стрессов, связанное с неадекватным и некорректным поведением подопечных, обусловлено объективными причинами: возрастными изменениями и психическими особенностями пожилых людей и инвалидов.

III. Теоретические и практические аспекты психологической безопасности личности

Представления о значении какого-либо явления или действия

складываются в определенной социальной среде. Однако каждый человек по-своему интерпретирует общепринятое представление о значимости опасной ситуации. В основе такой интерпретации лежат психологические особенности конкретной личности [8]. Таким образом, отношение к опасной ситуации складывается из значения опасности, которое приписывается ей обществом, и ее личностного смысла для человека.

Составляющие личностного смысла – интеллектуальное и эмоциональное восприятие. Человек не только оценивает степень опасности – она вызывает у него эмоциональные переживания. Эмоциональная сторона отношения к опасной ситуации складывается из значимости-ценности и значимости-тревожности. Значимость-ценность определяет переживания, вызванные ожидаемым или достигнутым успехом в деятельности. Значимость-тревожность определяет переживания, порожденные трудностями, опасностями и последствиями ситуации, как правило, это чувство тревоги. Тревожность обусловлена трудностями, опасностями и возможными последствиями ситуации. У человека, имевшего в прошлом негативный опыт выхода из какой-либо опасной ситуации, уровень тревожности может возрасти. Причем не только как реакция на опасность реальную, но также и возможную, независимо от степени ее угрозы. С другой стороны, тревогу порождает и недостаток профессионального и жизненного опыта, неуверенность в себе и в своей безопасности.

Осознание индивидом ситуации как высокоопасной может вызвать у него чрезмерно сильное волнение и способствовать снижению его психофизиологических возможностей. Если опасность осознается, но ей не придается чрезмерная оценка, то она может способствовать мобилизации сил.

Таким образом, степень влияния опасной ситуации на человека определяется:

- отношением человека к ситуации, складывающейся из ее значимости для него, опыта нахождения и взаимодействия в ней, а также результата этого взаимодействия для отдельного человека;

- социальным значением ситуации, показателем которого служит общественная оценка опасности ситуации и ее последствий как для отдельного человека, так и для общества в целом. Личная безопасность зависит от способности человека к саморегуляции.

Выделяют четыре фактора, или уровня, обуславливающие возможности саморегуляции:

- 1) биологические свойства человека, проявляющиеся в бессознательной регуляции;

- 2) индивидуальные особенности психического отражения и психических функций человека;

- 3) опыт, навыки, знания, а также умение решать различные задачи безопасно;

- 4) направленность человека, т. е. его мотивы, интересы, установки и т. п. [2].

Последние два фактора формируются в процессе обучения и воспитания. Их действие усиливается по мере приобретения профессионального и жизненного опыта. Немалую роль играют и креативные способности человека, позволяющие ему использовать новые методы безопасного решения задачи в самых разнообразных и неожиданных ситуациях. Несчастный случай может произойти не только из-за отсутствия опыта, но и по неосторожности – как результат неиспользования имеющихся возможностей вследствие недооценки сложности задач и переоценки своих качеств. Причинами неосторожного поведения могут стать неполнота сведений об опасных факторах, отвлекающие обстоятельства, излишняя самоуверенность, которая способна привести к снижению внимания, осмотрительности, пренебрежению правилами, средствами защиты. Неосторожность увеличивает возможность возникновения опасности.

Для безопасности индивида большое значение имеет также умение преодолеть опасную ситуацию с минимальными потерями. Этот навык формируется в процессе жизнедеятельности.

Биологический фактор, обеспечивающий способность человека к саморегуляции и тем самым к безопасному поведению, – это безусловные рефлексы, которыми организм неосознанно отвечает на угрожающие ему опасности. Так, при возникновении опасности повреждения глаза, глаз закрывается, а рука отдергивается. Если изменяется давление или температура окружающей среды, нормальный состав воздуха, организм перестраивается, с тем чтобы компенсировать вредные воздействия, приспосабливается к новым условиям среды. Эти и многие другие защитные реакции организма повышают уровень защищенности человека от различных опасностей.

К психофизиологическим свойствам личности относятся: чувствительность к обнаружению сигналов опасности, скоростные возможности реагирования на них, эмоциональные реакции на опасность и т. п. Возможности человека обнаруживать опасную ситуацию и адекватно реагировать на нее определяются его индивидуальными особенностями, в частности, свойствами нервной системы. От ее индивидуальной выносливости (силы) зависит способность к активной длительной работе и противодействию утомлению, к экстренной мобилизации в чрезвычайной ситуации, а также способность успешно действовать при помехах. Возможности человека безопасно и уверенно вести себя в экстремальной ситуации определяются свойствами его темперамента. В этих условиях необходимо быстро переключать внимание и реагировать на опасные сигналы. На поведении человека в опасной ситуации сказывается также его психическое и физическое состояние. Практика показывает, что несчастным случаям наиболее подвержены люди агрессивные, импульсивные, рассеянные, эмоционально неуравновешенные. Условиями безопасного поведения выступают критичность мышления, внимательность и преобладание волевой сферы над эмоциональной, способность человека к компенсации таких дезорганизующих деятельность факторов, как усталость, сонливость и плохое настроение [18].

IV. Психические расстройства

Вся психическая деятельность человека имеет своей материальной основой кору головного мозга. Нарушения работы ее отделов, которые контролируют адекватное отражение действительности, приводят к разным психическим расстройствам (заболеваниям).

Психическое расстройство (заболевание) – это расстройство психического здоровья человека с психопатологическими и (или) поведенческими проявлениями. Оно должно быть подтверждено диагнозом, установленным врачом-специалистом или врачебно-консультационной комиссией. По формам и степени выраженности психические расстройства весьма многообразны. В практике социального работника чаще встречаются синдром деменции (слабоумия) при заболеваниях сосудов головного мозга, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, депрессия и шизофрения [11].

При деменции нарушаются память, творческое мышление, а затем способность к абстрактным суждениям. Становятся невозможными обучение, понимание и способность к счету, беднеет язык и разрушается речь. Одновременно происходят перемены в эмоционально-волевой сфере: появляются эмоциональная лабильность, раздражительность; нарушается социальная адаптация; существенно страдает мотивация. Любая смена обстановки у больных с деменцией может вести к ухудшению состояния (возникновению тревоги, депрессивных симптомов, манифестации бредовых идей или состоянию спутанности). Характерны нарушения равновесия и ходьбы, которые проявляются замедлением походки, укорочением и неравномерностью шага, затруднением в начале движений, неустойчивостью при поворотах, потребностью в увеличении площади опоры. В этих условиях нередки падения, которые могут приводить как к летальному исходу, так и к серьезным повреждениям (переломы костей таза, шейки бедра, тел позвонков, черепа). Больные утрачивают элементарные навыки самообслуживания из-за постоянного ощущения опасности (боязнь выйти за

пределы комнаты, дома), тревоги, страха повторного падения и т. п. [15].

Болезнь Альцгеймера – постепенная диффузная атрофия головного мозга, главным проявлением которой является прогрессирующая деменция [11].

Депрессия в бытовом понимании – это снижение настроения или плохое самочувствие, однако это неверное представление. Клиническая депрессия – психическое расстройство, которое внешне может напоминать деменцию. Периоды депрессии характеризуются подавленным настроением, беспокойством, ощущением пустоты жизни и отсутствия смысла в своем дальнейшем существовании. Нередко возникает чувство апатии, вялости, незаслуженной обиды [11]. Отличием от деменции является то, что пациент в состоянии депрессии всегда сохраняет осознание болезни и свои прежние индивидуальные особенности. На снижение памяти и интеллекта жалуется сам пациент, а не его близкие.

Шизофрения (от греч. schizo – расщепляю, phren – душа, ум) – хроническое психическое заболевание, ведущее к своеобразным изменениям личности и нарушающее приспособление больного к социальной среде [11]. Больные становятся малоразговорчивыми, необщительными, замыкаются в себе; теряют интерес к своей работе, учебе, к жизни и делам своих близких, друзей. Одни перестают уделять внимание своему туалету, становятся неопрятными, вялыми, опускаются; другие напряжены, суетливы, куда-то уходят, что-то делают, о чем-то сосредоточенно думают, не делаясь с близкими тем, что их в это время занимает. Нередко на задаваемые им вопросы отвечают длинными запутанными рассуждениями, бесплодным мудрствованием, лишенным конкретности и др.

Для полноценной диагностики психических расстройств необходимо привлечение психиатра, однако, беседуя с пожилым человеком, социальный работник узнает его представления о состоянии здоровья (ощущения, эмоции, восприятие им своего состояния и жизненной ситуации) и может сделать предположение о наличии какого-либо расстройства, и на основании

этого привлечь специалиста (только при согласии пожилого человека).

Так, например, пожилой человек может сообщить, что слышит голоса, их частоту, продолжительность, интенсивность. Определенное значение имеет также информация, полученная от друзей, родственников, медицинских работников.

Нужно замечать и фиксировать вербальные и невербальные признаки, указывающие на неблагополучное состояние пожилого человека: его позу, движения, мимику, жесты, способность к общению, манеру говорить, адекватность реакции на заданный вопрос, логичность построения фраз, особенности голоса, отмечать ориентировку во времени и месте.

При работе с пожилым, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), необходимо контролировать его настроение, обращать внимание на то, что он делает днем, как прошла его ночь, хорошо ли он спал, не беспокоила ли бессонница. Следует иметь в виду, что вероятность импульсивных поступков и действий под влиянием галлюцинаторных переживаний или бредовых убеждений резко учащается, если пожилой человек уклоняется от лечения, при этом степень опасности для самого себя (попытки самоубийства, самоповреждения и т. п.) и окружающих увеличивается [3].

При наблюдении за пожилым человеком социальный работник может обнаружить следующие признаки психических расстройств:

- * расстройства ощущений и восприятий (искажение ощущений, галлюцинации);
- * нарушения мышления (ускоренное либо замедленное, обстоятельное, разорванное; навязчивые состояния, сверхценные идеи, бред);
- * нарушения памяти (амнезия);
- * нарушения интеллекта (олигофрения, деменция);
- * расстройства эмоций (неадекватность эмоций, возбуждение, депрессия, маниакальное состояние);
- * расстройства сознания (некоторые разновидности оглушенного и

помраченного сознания) [1].

Психические расстройства могут вызывать нарушения работы сердца, кишечника, дыхания и т. д., что также находит свое яркое отражение в ощущениях, жалобах и поведении пожилого человека.

Обращаем внимание:

- * насколько пожилой человек приспособлен к условиям жизни;
- * может ли он управлять своими чувствами, желаниями;
- * как пожилой человек ведет себя по отношению к другим людям, может ли контактировать с ними (узкий круг общения, не контактирует и т. п.);
- * соблюдает ли личную безопасность;
- * может ли самостоятельно себя обслуживать (личная гигиена).

Симптомы психических расстройств:

- Психоэмоциональные переживания (нервная дрожь, плач, истерика, страх, апатия, ступор, катастрофическая реакция).
- Расстройства памяти и координации движений. Риск получения травмы, обусловленной слабоумием.
- Ограничение способности устанавливать и поддерживать контакты с другими людьми.
- Дефицит желания следить за собой, ограничение способности к самообслуживанию (посещение туалета, умывание, одевание и прием пищи).
- Нарушение сна, связанное с бессонницей.
- Неуместное сексуальное поведение.
- Ситуация надуманного пожилым человеком «похищения» его вещей.
- Склонность к бродяжничеству. Риск бесконтрольного выхода из места жительства и вероятность заблудиться.
- Беспокойство, обусловленное нарушением мышления и восприятия, проявляющееся в виде бредовых идей и галлюцинаций.
- Риск насилия по отношению к другим людям при агрессивном поведении пожилого человека.

- Резкая физическая слабость и беспомощность пожилого человека.

Риск развития пролежней.

- Депрессия, обусловленная стрессом, проявляющаяся чувством отчаяния и безысходности. Угроза самоубийства.
- Риск одиночества и социальной изоляции [11].

V. Рекомендации по взаимодействию с пожилыми людьми, страдающими психическими расстройствами. Обеспечение безопасности пожилого человека и окружающих его людей

Психическое и двигательное возбуждение.

Социальному работнику необходимо сохранять полное спокойствие и самообладание. Следует оценить ситуацию и решить, какая помощь требуется.

Так, например, человек, страдающий деменцией, нередко бывает раздражительным, крайне нетерпеливым. Он может скандалить, бросать предметы. Однако такое поведение говорит лишь о том, что человек не понимает текущую ситуацию. Беспокойство такого пожилого человека может также быть вызвано неуверенностью в том, как себя «следует» вести.

Не следует сразу подходить к пожилому человеку слишком близко. Это может быть воспринято как угроза. Можно осторожно попытаться установить телесный контакт с ним: взять за руку или похлопать по плечу.

Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Желательно занять положение на том же уровне, что и пожилой человек. Пожилого человека необходимо успокоить, объяснить, что ему ничто не угрожает, у него лишь расстроены нервы, и это скоро пройдет и т. д. Надо постараться мягко и ласково успокоить пожилого человека, переключить, направить его мысли в другую сторону. Разговаривать нужно спокойно и

уверенно. Пренебрежительный, озадачивающий, обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон разговора может вызвать или усилить агрессию. При многих психических расстройствах спокойная беседа сразу же способствует снижению возбуждения. Однако при резком возбуждении попытки словесного успокоения пожилого человека могут не дать результата.

Кроме того, при ряде состояний возбуждения с расстройством сознания (например, сумеречное состояние при эпилепсии) установить контакт с пожилым человеком не удастся [11]. Иногда бывает полезно вообще не тревожить пожилого человека, что помогает ему успокоиться. В этих случаях необходимо следить за тем, чтобы он не причинил вреда себе и другим.

Не рекомендуется носить бусы, серьги, брошки и др., так как все это может помешать при удержании возбужденного пожилого человека и может быть сорвано им.

Из поля зрения пожилого человека необходимо убрать острые, колющие, режущие предметы и другие вещи, которые могут быть использованы им в качестве орудия нападения или самоубийства. Необходимо преградить пожилому человеку доступ к окнам и дверям, чтобы предотвратить попытку побега. По мере возможности нужно пытаться не демонстрировать пожилому человеку, что он опасен, так как это укрепляет его болезненное подозрение в том, что он окружен врагами, и усиливает страх и возбуждение. Очень важно создать вокруг пожилого человека спокойную обстановку, не допускать проявлений страха, паники.

Если пожилой человек не подпускает к себе, вооружившись каким-либо предметом, к нему следует подходить или отходить, держа перед собой одеяла, подушки или другие предметы, которые могут смягчить удары. Важно встать таким образом, чтобы пожилого человека было видно со всех сторон.

Взаимодействие с хронически больными пожилыми людьми

Важно установить режим, благодаря которому жизнь пожилого человека становится более организованной. Четкая организация дня

позволяет человеку быть максимально самостоятельным, насколько позволяет болезнь в данный момент. При этом необходимо как можно дольше сохранять заведенный прежде порядок жизни пожилого человека. Режим дня должен включать привычные для него занятия, это поможет ему сохранить ощущение независимости, уверенности и защищенности. Важно попытаться помочь пожилому человеку сохранить чувство собственного достоинства [19].

Так, привычка мыть руки перед едой, определенная расстановка мебели и др. – все это позволяет человеку дольше справляться с натиском болезни, дольше оставаться самостоятельным.

В присутствии пожилого человека следует воздерживаться от обсуждения его состояния, так как слова и поступки окружающих могут вызвать беспокойство и обиду.

При оказании услуг людям с психическими расстройствами социальный работник должен вести себя так, чтобы пожилой человек чувствовал, что его оберегают и о нем заботятся. Необходимо избегать громких разговоров, нельзя хлопать дверями, стучать при ходьбе, греметь посудой. В таких случаях тишина – важное и необходимое условие. Вместе с тем следует избегать гиперопеки, поскольку пожилой человек может начать тяготиться постоянным контролем со стороны социального работника.

***Взаимодействие при психоэмоциональных переживаниях
(нервная дрожь, плач, истерика, страх, апатия, ступор,
катастрофическая реакция)***

Помощь социального работника при психоэмоциональном переживании заключается, в первую очередь, в создании условий для нервной «разрядки». Недопустимо привлекать внимание пожилого человека к его неудачам. Проявления гнева, ожесточенности или обиды пожилого человека должны быть восприняты с пониманием их причины. Иначе возможен конфликт, который лишь ухудшит ситуацию и усилит проблему [20]. Нужно всегда сохранять спокойствие, улыбаться и смеяться вместе с

пожилым человеком (но не над ним). Хороший и добрый юмор отличным образом избавляет от стресса, от любой конфликтной ситуации и переживаний.

Взаимодействие при неконтролируемой нервной дрожи:

- взять пожилого человека за плечи и несильно, но резко потрясти в течение 10-15 секунд;
- продолжать разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение;
- не следует успокаивать и говорить, чтобы он взял себя в руки;
- не нужно обнимать или прижимать его к себе, а также укрывать чем-то теплым [20].

После завершения реакции желательно дать пожилому человеку возможность отдохнуть, либо уложить его спать.

Взаимодействие при плаче:

- при плаче не оставлять пожилого человека одного;
- установить с ним физический контакт (взять за руку, положить свою руку ему на плечо или спину, погладить по голове и т. п.);
- дать почувствовать, что вы рядом, дать возможность выплакаться и выговориться, выплеснуть из себя «горе, страх, обиду» [20].

При плаче весьма эффективны приемы «активного слушания»: периодически произносить «ага», «да», кивать головой, то есть подтверждать, что слушаете и сочувствуете; повторять за пожилым человеком отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорить о своих и его чувствах. Не надо успокаивать, задавать ему вопросы и что-либо советовать.

Взаимодействие при истерике

Истерический припадок может продолжаться от нескольких минут до 2-3 часов. Основные признаки:

- 1) сохраняется сознание,
- 2) чрезмерное возбуждение: множество движений, театральные позы, речь быстрая и эмоционально насыщенная, крики и рыдания.

В данной ситуации нужно:

- создать спокойную обстановку;
- желательно остаться наедине, если он не представляет угрозы;
- неожиданно совершить действие, которое пожилого человека сильно удивит (хлопнуть в ладоши, побрызгать водой, с грохотом уронить предмет и т. п.);
- говорить с пожилым человеком следует приказными короткими фразами, уверенным тоном («выпей воды», «умойся»). Нельзя потакать его желаниям;
- поскольку после истерики наступает упадок сил можно попробовать уложить пожилого человека спать [20].

Взаимодействие при страхе

Панический страх может побудить пожилого человека к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение [11]. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг.

В этой ситуации можно:

- положить руку пожилого человека себе на запястье, чтобы он ощутил спокойствие;
- предложить дышать глубоко и ровно;
- в разговоре с пожилым человеком внимательно выслушать его, подчеркивая заинтересованность, понимание и сочувствие;
- сделать легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

Взаимодействие при апатии

Основные симптомы апатии – это безразличие к происходящему в

жизни, отсутствие стремления к деятельности, стремление к одиночеству, грусть, лень, сонливость, плохое настроение и потеря аппетита. Человек, ранее стремившийся к общению, становится замкнутым, равнодушным и теряет интерес к тому, что его интересовало, не в силах заставить себя начать что-то делать, с безразличием относится к происходящему, чувствует себя вялым и находится в состоянии «мне все равно».

Если пожилого человека оставить без поддержки и помощи в таком состоянии, то апатия может перейти в депрессию. В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель.

В данной ситуации нужно:

- задать ему несколько простых вопросов: «Как ты себя чувствуешь?»; «Хочешь ли есть?»;
- внимательно выслушать его и поговорить;
- проводить к месту отдыха, помочь удобно устроиться;
- вовлечь пожилого человека в любую совместную деятельность (сходить выпить чая или кофе, послушать музыку и т. п.).

Взаимодействие при ступоре

Ступор (оцепенение) – это реакция организма, которая возникает после тяжелого нервного потрясения. Она может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Основными признаками ступора являются состояние полной неподвижности в определенной позе; возможно напряжение отдельных групп мышц [11].

В данной ситуации рекомендуется:

- согнуть пожилому человеку пальцы на обеих руках и прижать их к основанию ладони (большие пальцы должны быть выставлены наружу);
- кончиками большого и указательного пальцев массировать точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посередине между линией роста волос и бровями;
- говорить пожилому человеку на ухо тихо, медленно и четко то, что

может вызвать сильные эмоции;

- необходимо добиться реакции, чтобы вывести его из оцепенения [20].

Взаимодействие при катастрофической реакции

Катастрофическая реакция – это бурная реакция больного деменцией в ответ на малозначимое событие. Она может возникнуть, если кто-нибудь начнет оспаривать его заблуждение или галлюцинацию [11]. Эта реакция порой происходит, когда пожилой человек плохо себя чувствует, либо когда его торопят (возможно, он не вполне понимает, о чем его просят), или он вынужден думать одновременно о многих вещах.

Помощь:

- поддержка и сострадание;
- внимание пожилого человека нужно мягко перевести на другой объект;
- если он очень расстроен, важно дать ему время успокоиться перед тем, как что-то сделать или заговорить снова;
- при катастрофической реакции нельзя осуждать, поправлять, спорить, уговаривать.

Потеря памяти и нарушение координации движения

Потеря памяти и нарушение координации движений у пожилого человека повышают опасность получения различных травм. Для обеспечения как можно более безопасных условий необходимы следующие мероприятия:

- Тщательно убирать и запиравать средства, относящиеся к бытовой химии, и медикаменты (опасность отравления).
- Перенести хрупкие вещи (стеклянные вазы, чаши) в недосягаемое место.
- Убрать колющие и режущие предметы. У пожилого человека не должно быть длинных карандашей, перочинных ножей, заколок, шпилек.
- Во время еды ножи и вилки пожилым людям, имеющим

психические расстройства, по возможности не дают. Пищу готовят таким образом, чтобы ее можно было есть, пользуясь лишь ложкой.

- При приеме лекарств не отходить от пожилого человека до тех пор, пока он не примет их.

- Если возникают подозрения, нужно осмотреть вещи и постель пожилого человека. Осмотр вещей, чтобы не оскорбить и не обидеть пожилого человека, надо производить во время его пребывания в ванне или туалете.

- Спрятать и не оставлять никаких опасных электрических приборов, за которые можно схватиться (кипятильник, утюг, хлебoreзка, фен, тостер и т. д.).

- Перекрыть подачу газа, когда пожилой человек остается один. Использовать защиту плиты и духовки (предотвращение возгорания и пожара). Установить приспособления для безопасности пожилого человека (например, микроволновая печь для приготовления пищи).

- Проверить работу дверных замков, установить замки в окнах, которые не сможет открыть пожилой человек.

- Не менять привычное для пожилого человека расположение мебели. Систематически тренировать его память, показывая предметы обихода и выделяя их отличительные черты.

- Обеспечить хорошее общее освещение, свет в коридоре, ночники в спальне и туалете.

- Контролировать температурный режим в помещении, не допускать сквозняков, переохлаждения или перегрева, помогать подбирать и надевать одежду, соответствующую температурным условиям.

- Следить за качеством продуктов, не допускать употребления в пищу недоброкачественных или испорченных продуктов.

- Установить вспомогательные ручки и поручни в туалете, ванне или душевой кабине. Положить предохраняющую от скольжения циновку на дно ванны или душевой кабины.

- Полы и материал покрытия под ногами во всех помещениях должен быть нескользкими. Убрать скользкие ковры (опасность падения).

Ограничение способности устанавливать и поддерживать контакты

С развитием болезни общение между социальным работником и пожилым человеком может становиться все труднее. В этом случае рекомендуются следующие условия для позитивного (дружелюбного) и конструктивного диалога.

- Нужно быть серьезным, вежливым, приветливым и участливым. Уважительно обращаться к пожилому человеку по имени- отчеству.
- Проявлять любовь и душевную теплоту, обнимая пожилого человека, если это его не стесняет. В то же время не быть чрезмерно ласковым либо заискивающим, поскольку это может его раздражать и волновать.
- Проверить зрение и слух у пожилого человека, при необходимости заказать более сильные очки, заменить слуховой аппарат.
- Перед тем как заговорить, проверить, слушает ли вас пожилой человек.
- Не торопить пожилого человека и дать ему время, чтобы он смог сказать все, что он хочет.
- Говорить отчетливо, медленно, лицом к лицу с пожилым человеком, при этом держать голову на уровне его глаз.
- Пытаться установить, какие жесты и сочетания слов, слова-подсказки необходимы для эффективного поддержания общения с пожилым человеком.
- Использовать наглядные пособия для поддержки памяти пожилого человека. На видном месте поместить большие изображения родственников с четким указанием имен, чтобы пожилой человек мог постоянно напоминать себе, кто есть кто. Обозначить текстом или картинкой на дверях комнат их названия, обозначения сделать яркими, чтобы они больше выделялись.

- Не вести посторонние разговоры в присутствии пожилого человека, даже если пожилой человек полностью безучастен ко всему окружающему.
- В присутствии третьих лиц не обсуждать состояние здоровья пожилого человека, говорить о его заболевании, высказывать суждение о прогнозе и т. п.
- Не смеяться над пожилым человеком, не вести с ним беседу в ироническом, шутовском тоне и т. п.;
- Избегать негативной критики, споров и конфликтов, особенно с пожилым человеком, который страдает бредовыми идеями.

Дефицит желания следить за собой, при ограничении способности к самообслуживанию (посещение туалета, умывание и купание, одевание и прием пищи)

Социальный работник – основной куратор пожилого человека при ограничении его способности к самообслуживанию. Особое внимание уделяется умению пожилого человека контролировать мочеиспускание и самостоятельно посещать туалет, умываться, пользоваться душем и принимать ванну, одеваться и принимать пищу [13]. Нужно обучать пожилого человека навыкам самообслуживания, а также обеспечивать атмосферу интимности для сохранения у него чувства собственного достоинства.

Посещение туалета и недержание мочи

Непроизвольное мочеиспускание является одной из самых частых проблем при обслуживании пожилого человека с деменцией. Такой пожилой человек может не ощущать позывы на мочеиспускание или дефекацию при наполненных мочевом пузыре или кишке, может забывать, где находится туалет и что делать, находясь в туалете.

Обеспечить условия для самостоятельного посещения туалета помогают следующие рекомендации.

- Всячески поощрять посещение пожилым человеком туалета.

Обращать внимание на признаки, указывающие на необходимость посещения туалета: беспокойное сидение, покачивание ног и т. д. Посоветовать пожилому человеку сходить в туалет или отвести его туда.

- Установить определенный режим посещения туалета. Необходимо следить, чтобы пожилой человек посещал туалет регулярно после подъема, после еды, перед сном и прежде чем покинуть квартиру.

- Обозначить дверь в туалет разборчиво большими цветными буквами или поместить на нее пиктограмму (яркую картинку).

- Путь к туалету должен быть не слишком долгим, чтобы его можно было легко найти. Ночью путь к туалету должен быть хорошо освещен. Оставить дверь туалета открытой, чтобы проще было его найти.

- Убедиться, что одежда пожилого человека легко снимается. Практично, когда на получателя услуг одежда, которую легко снять или расстегнуть, например брюки на резинке или на несложной застежке.

- В случае недержания мочи по рекомендации врача ограничить прием жидкости перед сном.

- Поставить ночной горшок рядом с постелью.

Если проблемы с недержанием постоянны, необходимо использование памперсов. Однако нужно иметь в виду, что при недержании мочи у пожилого человека, который убежден в своей неспособности к нормальному мочеиспусканию, применение пеленок и памперсов только усугубляет функциональное недержание мочи. Строгое соблюдение расписания посещения туалета и регулярное опорожнение мочевого пузыря намного улучшает функцию выведения мочи, а также повышает дневную активность такого пожилого человека.

Купание и личная гигиена

Пожилой человек с деменцией может забывать умываться, не видеть необходимости в умывании или забывать, как это делать.

- При умывании следует придерживаться прежних привычек

пожилого человека. Подготовьте ванную, положите любимое полотенце, любимый гель для душа или ароматическую добавку для ванны.

- Определить день для купания. Создать устойчивую привычку: например, суббота является банным днем.

- Сделать умывание максимально приятным, помочь пожилому человеку расслабиться. Рассказать пожилому человеку, как может быть приятно купание (ванна) и что он почувствует себя после этого не только лучше и свежее, но и будет более приятен для окружающих. Купание в ванной можно заменить на душ.

- Если пожилой человек отказывается от принятия ванны или душа, подождать некоторое время – настроение может измениться. Если пожилой человек отказывается мыться самостоятельно, помочь ему, во время мытья разговаривать с ним дружелюбно и ласково.

- Предоставить возможность пожилому человеку сделать самому все, что он может. Иногда достаточно вложить мочалку в руку пожилого человека и провести ею по телу, и он продолжит далее эти движения самостоятельно. При чистке зубов или во время причесывания также может возникнуть необходимость показать пожилому человеку, как это делается. Пытаясь подражать, пожилой человек может восстановить утерянный навык.

- Если пожилой человек смущается при принятии ванны или душа, можно оставить закрытыми определенные участки тела.

Одевание пожилого человека

Пожилой человек с деменцией может быть одетым неподобающим образом, так как не видит необходимости в смене одежды либо забывает, как правильно одеваться.

В данной ситуации решить проблему пожилого человека можно с помощью следующих рекомендаций:

- положить одежду пожилого человека в том порядке, в котором ее необходимо надевать;

- использовать картинки, показывающие, что за чем надевать;
- не торопить пожилого человека при одевании, поощрять его самостоятельные действия, а при необходимости их повторять.

Приготовление пищи и кормление пожилого человека

Пожилому человеку с деменцией, который еще не полностью утратил способность готовить пищу, необходимо установить приспособления для безопасного приготовления еды, чтобы предупредить его травмирование, например ожоги и порезы. Желательно обеспечить пожилого человека полуфабрикатами или уже приготовленной пищей.

Бывают случаи, когда пожилой человек ничего не ест, поскольку считает, что этот повседневный ритуал он уже выполнил, либо он ест постоянно, поскольку не осознает, что уже поел. Поэтому нужно следить за тем, чтобы он употреблял достаточное количество питательных продуктов и в то же время не съедал больше одной порции сразу. Обращать внимание на то, чтобы пожилой человек принимал в среднем 1,5-2 л жидкости ежедневно. Если пожилой человек ест самостоятельно, пусть и неаккуратно, это лучше, чем кормить его.

На поздней стадии болезни пожилой человек нередко забывает есть, может не помнить, как пользоваться вилок или ложкой, не способен нормально жевать и глотать пищу. У него может быть потеряно ощущение горячего и холодного, что чревато ожогом рта горячей едой или напитком. Для такого пожилого человека необходимо:

- обеспечить регулярность приемов пищи;
- выделить для себя и подопечного достаточное количество времени для приема пищи;
- напоминать о необходимости съесть продукты, предназначенные для того или иного приема пищи (завтрака, обеда и т. п.);
- напоминать, как принимать пищу, подстраховывать его движения, поуправлять его рукой – возможно, он вспомнит процесс движения руки с

прибором ко рту;

- делать пюре или разжижить всю пищу;
- давать пищу, которую можно есть руками;
- нарезать пищу маленькими кусочками, чтобы он не мог подавиться;
- напоминать о необходимости есть медленно.

С прогрессированием деменции нарушение процесса глотания может зайти так далеко, что пожилого человека придется кормить искусственно.

В практике социального работника бывают случаи, когда пожилой человек отказывается от еды по причине кататонического ступора, негативизма, бредовых установок (идеи отравления, самообвинения), повелительных галлюцинаций, которые запрещают есть и т. п.

В такой ситуации нужно выяснить конкретную причину отказа от еды. Терпеливо уговорить начать есть самостоятельно. При возможности, преодолевая небольшое сопротивление, покормить пожилого человека.

Нарушение ночного сна

Пожилой человек, страдающий психическим расстройством (заболеванием), может бодрствовать по ночам, что является изнурительной проблемой для того, кто ухаживает за ним. Такому пожилому человеку нужно не разрешать спать днем и загружать его различными физическими занятиями. Для здорового и комфортного ночного сна создать все необходимые санитарно-гигиенические и психологические условия [20].

Взаимодействие при неуместном сексуальном поведении

В отдельных случаях пожилой человек с деменцией проявляет неуместное сексуальное поведение. При этом пожилой человек в присутствии посторонних людей раздевается, трогает свои половые органы или других людей [11].

Действия социального работника в данной ситуации:

- не реагировать чрезмерно резко на его поведение - это проявление болезни;

- привлечь внимание к другому занятию;
- при попытке раздеться, надо терпеливо отговорить либо отвлечь от этого.

Ситуации надуманного пожилым человеком «похищения» его вещей

Пожилым человек, страдающий деменцией, часто забывает, куда положен тот или иной предмет, теряет свои вещи, а затем обвиняет социального работника в краже потерянного предмета.

Все обвинения пожилого человека в «хищении» его вещи нужно воспринимать как симптом болезни. Действия социального работника в данной ситуации:

- Пожилого человека надо успокоить и согласиться, что вещь потеряна. Помочь ему вспомнить, куда он положил тот или иной предмет, либо найти потерянную вещь.

- Лучше, если пожилым человек найдет утерянный предмет совместно с социальным работником, иначе это подтвердит его домыслы о том, что именно работник спрятал вещь или украл.

- Воздержаться от конфликтов при поиске пропавшей вещи, сохранять спокойствие и выдержку.

- Выяснить, нет ли у пожилого человека укромного любимого места, куда он прячет вещи. Например, в бельевом шкафу, под матрасом, холодильник (там ничто не портится, там все остается свежим) и т. п.

- Проверять мусорные ведра и корзины, перед тем как выбрасывать из них мусор.

Профилактические меры для людей, склонных к бродяжничеству

Предупреждение бесконтрольного выхода из места жительства и обеспечение безопасного пребывания пожилого человека, который может уйти из дома.

Предупредить бесконтрольный выход из места жительства и обеспечить безопасное пребывание пожилого человека, который может уйти из дома и

блуждать по окрестностям, уехать в неизвестном направлении, заблудиться, оказаться в другом городе и т. п. Надежно запереть все возможные выходы из квартиры. Посоветовать родственникам или прикрепить самим ко всем дверям небьющиеся зеркала: собственное отражение в зеркале отвлекает пожилого человека от намерения открыть дверь.

Сделать так, чтобы у пожилого человека при себе всегда был либо какой-нибудь документ, удостоверяющий его личность, либо записка с указанием адреса и номера телефона, по которому можно было бы связаться с ближайшими родственниками либо с вами. Иметь при себе фотографию пожилого человека на случай, если он заблудится, и понадобится помощь других людей в его поиске.

Возникновение у пожилого человека бредовых идей или галлюцинаций

Обеспечить правильное взаимодействие с получателем услуг, у которого возникли бредовые идеи (например, пожилому человеку кажется, что его преследуют, хотят отравить, причинить вред и т. п.), зрительные и слуховые галлюцинации (пожилой человек может видеть или слышать то, чего не существует на самом деле, например, фигуры или голоса людей, разговаривающих в комнате).

- Внимательно и терпеливо выслушать пожилого человека, поскольку бредовые идеи воспринимаются им как реальность, вызывая различные страхи (например, пожилой человек со слезами на глазах уверяет, что его не лечат, а все якобы делают для того, чтобы избавиться от него, умертвить).

- Не следует стремиться, во что бы то ни стало разубедить пожилого человека, но нельзя и соглашаться с его бредовыми высказываниями. Чаще всего в этих случаях приходится говорить о том, что все его предположения неправильны, опасения совершенно необоснованные и что ему необходимо лечиться, так как он болен.

- Нельзя спорить с пожилым человеком о реальности увиденного или

услышанного им, так как, если он ощущает, что должен защищать свои собственные взгляды, это может привести к усилению бреда.

- Если пожилой человек испуган, постараться успокоить его: взять по-дружески за руку, говорить негромко, спокойным голосом.
- Отвлечь внимание пожилого человека от галлюцинации, обратив его внимание на реально находящийся в помещении предмет.
- Получить консультацию врача-психиатра: возможно, состояние пожилого человека обусловлено применением лекарственных препаратов [1].

Риск насилия по отношению к другим людям в результате агрессивного поведения пожилого человека

В данном случае следует:

- Предусмотреть защиту лиц, осуществляющих уход, от проявлений агрессивности и насилия со стороны больного.
- Обеспечить правильное взаимодействие с агрессивным пожилым человеком. Так, например, обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон голоса может усилить агрессию пожилого человека. Нельзя озлобляться или обижаться на получателей услуг за их агрессивные намерения или действия, которые связаны с болезнью.
- Сохранять спокойствие, не проявлять собственного страха или беспокойства. Переключить внимание пожилого человека на более спокойное занятие.
- Определить, что вызвало такую реакцию пожилого человека, и проследить за тем, чтобы эти предпосылки не повторялись.

Взаимодействие при депрессии

Получатели услуг, находящиеся в депрессии, не обращают внимания на себя, поэтому за ними нужен особый уход:

- помогать им одеваться, умываться, прибирать постель и т. д.;
- нужно следить за тем, чтобы они ели, а для этого их подчас надо долго, терпеливо и ласково уговаривать;

- уговаривать их идти на прогулку;
- такие получатели услуг молчаливы и погружены в себя, им трудно вести разговор, поэтому не надо их беспокоить своими разговорами;
- депрессивным получателям услуг нужен покой, всякие развлечения могут только ухудшить их состояние;
- в их присутствии недопустимы посторонние разговоры и т. п. [19].

VI. Методы психической саморегуляции

То, что мышечная деятельность связана с эмоциональной сферой, замечено давно. В разговорной речи достаточно распространены выражения «окаменевшее лицо», «нервная дрожь». Так характеризуют напряжение мышц при отрицательных эмоциях. Вполне обоснованно выражение «смеяться до упаду», потому что при сильном смехе мышцы так расслабляются, что опускаются руки, подгибаются ноги и человек испытывает желание присесть («упасть»).

В 1922 г. американский нейрофизиолог Э. Джекобсон установил, что между напряжением мышц и психической усталостью существует прямая связь: чем больше человек устал душевно, тем более напряжены его мышцы. После хорошего полноценного отдыха и при отсутствии повышенного нервного напряжения мышцы расслабляются [2].

По наблюдениям Э. Джекобсона, каждому типу эмоционального возбуждения соответствует напряжение определенной мышечной группы, поэтому, чтобы мышцы расслабились, следует заставить мозг отдыхать. Однако можно вызвать и обратный эффект – расслабить мышцы, и тогда станет отдыхать мозг. В дальнейшем Э. Джекобсон предложил собственный лечебный метод, получивший название «метод прогрессирующей последовательной релаксации». Под релаксацией понималось не только расслабление мышц, но и состояние, противоположное психической активности, – «психическая релаксация».

Возможность расслабляться, субъективно и психологически влиять на

мышечный тонус – важное условие снятия возбуждения. Для этого подходят методы психической саморегуляции [10]. Процесс преодоления негативного воздействия стресс-фактора можно разделить на четыре этапа: предчувствие, подготовка к воздействию, конфронтация, саморегуляция.

На этапе предчувствия грозящей опасности человек должен уметь предугадать наступление реальной опасности и принять меры по предупреждению паники. На этапе подготовки к воздействию необходимо сориентироваться, убедиться в наличии возможности справиться с опасностью. На этапе конфронтации следует постепенно приспособиться к ситуации, определить оптимальный метод коррекции. На этапе саморегуляции применяется адекватная методика.

Если человек заблаговременно освоил методы саморегуляции, он практически не зависит от внешних условий и ситуаций.

Управление вниманием

Внимание – это избирательная направленность и сосредоточенность сознания на определенных предметах и явлениях. Оно способствует повышению продуктивности, точности и скорости психических процессов. Внимание, как хорошо управляемый луч света, позволяет высвечивать тот или иной предмет, определенное явление или мысленно с четкой последовательностью фиксировать свои ощущения в различных частях организма [14].

Большое значение для овладения приемами саморегуляции имеет отработка навыков концентрации внимания. Под концентрацией внимания понимают умение человека сосредоточить свое сознание на главном в данном моменте или объекте. Известно, что болевые ощущения вызывают произвольную концентрацию внимания на состоянии внутренней среды. Однако можно научиться таким образом управлять вниманием, чтобы даже при сильных болевых ощущениях снижать их значимость, переключая внимание на другие явления или на определенную деятельность. Например, физик Б. Паскаль боролся с зубной болью путем концентрации внимания на

решении сложных математических задач.

Внимание и восприятие временных интервалов тесно связаны с другими психическими функциями, в том числе с эмоциями [14]. Это нетрудно проверить с помощью следующего теста.

Посмотрите на часы и постарайтесь запомнить пятисекундный интервал. Теперь засекайте время и начинайте его мысленно отсчитывать. Отсчитав 10 пятисекундных интервалов, снова посмотрите на часы. Если вы возбуждены, то 10 интервалов будут отсчитаны быстрее, чем за 50 с. Чем больше вы возбуждены, тем быстрее счет. Тест можно упростить, если засесть время и мысленно просчитать до 20, стараясь «отмерить» 20 с. Если на это ушло меньше 16 с., значит, ваше возбуждение достаточно сильное.

Тренировка концентрации внимания осуществляется различными способами, в том числе сосредоточением на монотонном движении внешних объектов [10]. Для этого можно использовать уже упомянутые часы. На начальных этапах тренировки необходимо фиксировать внимание на секундной стрелке, а затем на минутной. Далее следует переходить к концентрации внимания на некоторых предметах (пуговица, палец и т. д.). Начинать это упражнение нужно с одной минуты и, повторяя его несколько раз в день, следует довести период непрерывного сосредоточения внимания на одном предмете до 4-5 мин.

Для освоения приемов концентрации внимания можно использовать упражнение «три круга», предложенное К. С. Станиславским. Упражнение позволяет управлять объемом внимания. Занимающийся представляет себе три концентрических круга с определенным содержанием и мысленно переходит из большого в меньший. Целесообразно, чтобы мысленные образы большого круга включали представления улицы, дома, в котором живет занимающийся. Тогда легче перейти в средний круг, основным содержанием которого может быть комната, в которой проводится занятие психотренингом. Представив себе основные элементы окружающей его обстановки, занимающийся должен перейти в третий, малый круг своего

внимания.

Приемы концентрации внимания при помощи упражнения «три круга» рекомендуется осваивать на первых 2-3 занятиях, подкреплять их формулами мысленных команд: «Начинаю занятия по концентрации внимания. Мысленно представляю себе три круга: большой, внутри него – средний, а в среднем – малый, первый большой круг моего внимания – это все обозримое и воспринимаемое мной пространство. Это наш город, улица, дом, в котором я живу. В этом большом круге моего внимания есть другой, средний, ограниченный стенами этой комнаты, в которой я занимаюсь психотренингом. Мысленно внимательно рассматриваю стены и обстановку комнаты. Все здесь располагает к приятному и спокойному отдыху. В этой комнате есть еще один условный круг моего внимания, в котором нахожусь только я сам. Когда я обращаю внимание на себя, все окружающее исчезает, становится расплывчатым и туманным. Мысленным взором вижу только свое тело: лицо, руки, ноги, туловище...».

Упражнения, направленные на тренировку внимания

Непрерывное созерцание: находясь в удобной расслабленной позе, пристально разглядывайте какой-нибудь не слишком сложный предмет (коробок спичек, карандаш, стакан) в течение 3–5 мин, стремитесь не отводить взгляд от предмета (моргать можно). Разглядывайте предмет снова и снова, стараясь найти в нем как можно больше деталей. Делать это упражнение нужно до тех пор, пока не научитесь сравнительно легко удерживать внимание на предмете.

Ритмичное созерцание: взглядывайтесь в выбранный предмет на спокойном вдохе, а на выдохе закрывайте глаза, как бы «стирая» впечатление. Так повторять 30–50 раз. Можно выбрать и иной ритм: смотреть на выдохе, закрывать глаза на вдохе или разглядывать предмет в течение 5 счетов, а закрывать глаза на последующие 5 счетов. Ритмичное созерцание дается легче непрерывного.

Мысленное созерцание: непрерывно или ритмически созерцайте любой

предмет в течение 3–5 мин. Затем, закрыв глаза, постарайтесь мысленно вызвать в памяти зрительный образ предмета во всех его деталях (3–5 мин). После этого откройте глаза и сравните «оригинал» с «копией». Повторите упражнение несколько раз. Цель упражнения – добиться отчетливого внутреннего «видения». Это упражнение заимствовано у выдающегося художника Леонардо да Винчи, который рекомендовал его своим ученикам.

Внутренний видеоскоп: внимательно разглядывайте 2–3 мин. какой-либо простой предмет (коробок), затем другой (стакан). Закрыв глаза, мысленно «положите» коробок в стакан. Повторите это упражнение несколько раз, усложняя его и комбинируя.

Тренировать внимание можно и при помощи мысленной имитации мышечных движений, так называемых идеомоторных актов (от «идея» – мысль и «моторика» – движение). Для этого представьте себе, что вы держите пальцами руки теннисный мяч, постарайтесь ощутить его размер, вес, степень упругости и даже шероховатость поверхности, обшитой ворсистым сукном. Затем мысленно медленно сжимайте и разжимайте мяч пальцами, при этом следите, чтобы движения были только воображаемыми и пальцы не двигались. Необходимо не забывать про дыхание, оно должно быть спокойным, ритмичным и достаточно глубоким [10].

Создание чувственных образов

После того как тренирующийся сможет в течение 4–5 мин. концентрировать свое внимание на воображаемых простых предметах (собственном пальце, кончике носа и т. д.), следует переходить к созданию более сложных чувственных образов (зрительных, слуховых, тактильных и др.).

Чувственный образ – это активный способ воздействия на психическое состояние человека. Достаточно широко известен факт, что Флобер, автор романа «Госпожа Бовари», чтобы достоверно описать смерть Эммы от отравления мышьяком, тщательно изучил по медицинской литературе, как этот яд действует на организм. При этом он настолько «вошел» в образ своей

героини, что у него самого возникли металлический вкус во рту, рвота, понос, характерные для отравления мышьяком, и ему пришлось оказывать медицинскую помощь. Этот механизм привычных чувственных переживаний следует использовать при выполнении каждого упражнения психофизиологической саморегуляции.

Почти все имеющиеся в настоящее время варианты аутогенной тренировки включают такой элемент чувственных воображений, как представление тепла, распространяющегося на все тело из определенных участков (например, из правой руки). Формирование данного чувственного образа можно начать с того, что на некоторое время погрузить палец правой руки в горячую воду и все внимание сосредоточить на воспринимаемых при этом ощущениях, в том числе и зрительных, фиксирующих изменение цвета кожи. Чувственный образ можно подкрепить мысленным произношением слов: тепло, горячо, приятно. Если через определенное время (1 ч.) попробовать вызвать мысленно закрепленный чувственный образ и сосредоточить внимание на бывших ощущениях, то, как правило, уже с первого раза может возникнуть легкое покалывание внутри пальца, а затем и явное ощущение тепла. Таким же образом вырабатывается прочный чувственный образ потепления кисти, предплечья, руки, а затем и всего тела.

Методики психической саморегуляции, направленные на изменение настроения, самочувствия, работоспособности и т. п., включают оперирование более сложными чувственными образами, которые должны быть взяты из реального жизненного опыта. Главное – это выработать устойчивость в воспроизведении ранее пережитых приятных ситуаций. Начать тренировать себя надо с простого, лучше всего с воспроизведения воспринятого в детские или юношеские годы – времени наибольшей впечатлительности. Как лучше запомнить увиденное и детальнее воспроизвести его в памяти? Это достигается повторением. Давно замечено, что человек, вернувшись на место, где им были пережиты минуты радости, может вновь их пережить, воспроизведя не только образы, мысли, но и чувства и эмоции. Еще глубже

укрепляются события, чувства в памяти, если об этом свидетельствуют какие-то вещи (например, фотография и т. д.). Вначале бывает трудно продолжительное время удерживать внимание на определенном мысленном образе. Однако по мере тренировки такая задача выполняется легче, свободнее, а сами представления становятся более яркими и живыми. Использование одного и того же образного представления способствует более быстрому и яркому его проявлению в ощущениях.

Древними природными раздражителями, под воздействием которых формировалась нервная система человека, являются шелест листьев, «шепот» травы, пение птиц, журчание ручьев и другие «эстетические раздражители». В отличие от раздражающих городских шумов звуки природы, естественные краски и запахи растительности вызывают у человека чувство радости, успокоения. Поэтому яркими чувственными образами могут быть зрительные представления (зеленая лужайка в летний день, берег моря и ритмичный шум волн, голубое небо и т. д.) в сочетании с физическими ощущениями (ощущение тепла, освежающего ветерка) и внутренними переживаниями (покой, расслабление, безмятежность) [10].

Словесные формулы внушения

Всегда ли слово, обращенное к самому себе или к другу, слово командира к подчиненному действует глубоко, в полную меру своей силы? Оказывается, не всегда. Одни и те же слова имеют разную значимость для человека.

Установлено, что воздействие слова возрастает:

- когда человек заинтересован в услышанном и сказанное для него желательно;
- когда слова не встречают критики, сопротивления;
- когда человек обеспокоен, взволнован, но не раздражен (раздражение – плохой союзник саморегуляции);
- когда он обижен, огорчен, угнетен или в меру физически утомлен;

- когда человека клонит ко сну или когда он еще не совсем проснулся;
- когда скелетные мышцы глубоко расслаблены;
- когда снижен поток информации из внешней среды, а также от внутренних органов.

Воздействие слова на психофизиологические функции организма связано с его регулирующей ролью [14]. Это касается слов, произносимых не только вслух, но и мысленно, в форме самоприказов, самоубеждений. Замечено также, что достижение нужного физиологического эффекта тренировок саморегуляции ускоряется, если образные чувственные представления подкрепляются соответствующими формулами внушения.

Формулировки словесных внушений, как правило, строятся по утверждающему принципу. Они должны быть краткими и предельно простыми. Мысленное проговаривание слов осуществляется в медленном темпе, в такт дыхания. Делать это лучше на естественном выдохе. Если формула состоит из двух слов, то при выдохе произносится одно слово, а при вдохе другое. Словесные формулировки необходимо хорошо запомнить, тогда во время психорегулирующих тренировок не придется отвлекаться и задумываться об их последовательности. Если в процессе упражнений самовнушения возникают какие-то помехи (например, шум), то формулы рекомендуется проговаривать скороговоркой. Тем самым повышается концентрация, хотя эффективность самовнушения несколько снижается. Рекомендуется проводить самовнушение в одинаковой позе, это способствует усилению эффекта.

Установлено также, что рифмованные, ритмические формулы (даже если они не блещут оригинальностью) быстрее запоминаются и легче усваиваются. Словесные формулы самовнушения каждый может составить для себя самостоятельно, но они должны иметь по возможности позитивный характер. (Сравните: «Не нервничай!» и «Будь спокоен!») Замечено также, что бесполезно повторять готовую формулу самовнушения, если занимающийся не

осознал необходимость перестройки своей личности, «не выстрадал» ее жизненную потребность. Словесные формулы не обладают каким-то волшебным свойством и ни в коем случае не являются главным залогом успеха занятий психофизиологической саморегуляцией. Хорошая формула самовнушения подкрепляет волевое усилие, указывает его направленность на укрепление положительного эмоционального или поведенческого стереотипа, при этом отбрасывается все лишнее[10].

Регуляция мышечного стереотипа

Нельзя овладеть методом саморегуляции без предварительной выработки умения полностью расслаблять мышцы. Чтобы приобрести первоначальные навыки расслабления мышц, совсем не обязательно выделять для занятий специальное время. Вначале необходимо поставить перед собой задачу выработать привычку периодического контроля тонуса мышц и затем использовать для тренинга любые свободные минуты в течение дня: сразу после пробуждения и перед сном, в транспорте, во время просмотра телепередачи и т. п.

Это формирует мышечный самоконтроль, позволяет своевременно устранять произвольную скованность мышц лица, рук, ног. Даже если по определенным причинам вы не достигнете вершин овладения психотренингом, навыки устранения излишних мышечных «зажимов» помогут сохранять высокую работоспособность и нормализовать ваше психическое состояние.

Формирование навыков расслабления мышц следует начинать с расслабления мышц лица и правой руки (у левшей – левой руки). Для достижения общего покоя важно овладеть релаксацией мышц лица. Чтобы научиться расслаблять мышцы лица, выполнять так называемую маску релаксации, рекомендуется освоить несколько подготовительных упражнений, позволяющих управлять мимической мускулатурой: «маска удивления», «маска смеха», «маска брюзги», «маска трубача». Каждому из таких выражений лица соответствует не только свое положение мышц, но и

определенное настроение. Если вы научитесь управлять мимической мускулатурой, то приобретете и первоначальные навыки управления своими эмоциями.

Прежде чем перейти к изложению конкретных приемов регуляции мышечного тонуса, приведем несколько принципов и правил, которые являются общими для всех подобных упражнений.

1. Задача упражнений – дать возможность осознать и запомнить ощущение расслабленной мышцы по контрасту с ее напряжением.

2. Каждое из упражнений состоит из двух фаз: начальной фазы (напряжения) и последующей фазы (расслабления).

3. В начальной фазе напряжение избранной мышцы или группы мышц должно нарастать плавно, завершающее расслабление («сбрасывание» напряжения) осуществляется резко.

4. Медленному напряжению мышц сопутствует медленный глубокий вдох. Расслабление синхронно со свободным полным выдохом.

5. Закреплять упражнения можно в несколько приемов в течение дня, но чтобы за день оно было проделано целиком несколько раз. Их не следует выполнять непосредственно перед сном, так как мышечное напряжение обладает возбуждающим действием.

6. Каждое упражнение повторяется 3–4 раза. Длительность всего подготовительного курса – около недели.

7. Упражнения в мышечном расслаблении проходят более успешно у лиц с хорошо развитой мышечной системой. Ежедневные физические занятия существенно повышают эффективность упражнений, направленных на расслабление мышц [2].

Теперь рассмотрим подготовительные упражнения на расслабление мышц лица.

«Маска удивления» выполняется сидя или стоя, можно перед зеркалом. Одновременно с медленным вдохом надо поднять обе брови, как это делает удивляющийся человек. Затем на свободном выдохе дать возможность

бровям вернуться в исходное положение. Брови должны опуститься сами, без дополнительных усилий.

«Маска гнева» выполняется сидя или стоя перед зеркалом. Имитируется выражение лица сердящегося человека: брови нахмурены, губы сжаты, крылья носа несколько раздуваются. Мышечное усилие наращивается постепенно, одновременно с медленным вдохом. Во время свободного выдоха напрягшиеся мышцы освобождаются от нагрузки и возвращаются в исходное положение.

«Маска смеха» выполняется сидя или стоя, также перед зеркалом. Мышцы лица принимают положение полуулыбки: углы рта приподнимаются, глаза прищуриваются и т. д. Упражнение выполняется с соблюдением тех же условий, что и в предыдущем.

«Маска брюзги» выполняется сидя или стоя перед зеркалом, имитируется выражение лица недовольного, брюзгливого человека: углы рта опущены, рот сжат, мышцы подбородка напряжены. Постепенное мышечное усилие совпадает с медленным вдохом, одновременно со свободным выдохом мышцы сами возвращаются в исходное положение.

«Маска трубача» выполняется сидя или стоя перед зеркалом и воспроизводит усилия трубача, дующего в мундштук трубы. Выполняя упражнение, следует не только раздувать щеки, но и напрягать щечные мышцы: рот плотно сжат, круговая мышца напряжена. Это упражнение можно разнообразить, напрягая обе щеки или каждую попеременно. При расслаблении и выдохе мышцы возвращаются в исходное положение сами, без активных усилий.

Упражнение для круговых мышц глаз выполняется сидя. На медленном вдохе опускаются верхние веки, сперва мягко, затем с постепенным нарастающим усилием, заканчивающимся тем, что глаза зажмуривают так сильно, как только возможно. При свободном выдохе напряжение век снимается. Упражнение выполняется для двух глаз одновременно. Варианты упражнения – для каждого глаза поочередно – выполняются только после

освоения основного упражнения.

Упражнения для мышц языка выполняются стоя, сидя или лежа и заключаются в имитации движения языка или произнесении смягченного звука «ль»: язык прижимается к корням верхних зубов на границе с твердым небом, рот полуоткрыт. Медленный вдох – постепенное напряжение, свободный выдох – расслабление.

Освоив подготовительные упражнения, можно переходить к основному. Сущность упражнения «Маска релаксации» заключается в поочередном расслаблении мимических мышц, начиная с мышц лба. При этом веки опускаются, все мышцы лица разглаживаются, лицо становится несколько сонным, вялым, равнодушным. Глаза закрыты, нижняя челюсть чуть-чуть опускается, словно для произнесения звука «ы», а язык слегка прижимается к зубам, как если бы вы хотели сказать «да». В такой позе рекомендуется побыть 4–5 мин. Это поможет снять повышенное нервно-психическое напряжение или просто отдохнуть. «Маску релаксации» можно делать 5-6 раз в день и желательно сочетать с легким массажем мышц лица (до принятия «маски» или после).

Э. Джекобсон разработал систему приемов мышечного расслабления. Упражнения выполняются в три этапа: «сосредоточиться – прочувствовать – расслабить». Счет: 1 (раз)-2-3-4 для напряжения, 1-2-3-4 – фиксация напряжения, расслабление может быть такой же продолжительности или быстрым – только на счет «раз». Расслабление мышц ведется сверху вниз: лицо, шея, мышцы правой (левой) руки, мышцы ног, генерализованное расслабление мышц тела [10].

Упражнение 1. Расслабление мышц лица.

1. Расслабление мышц лба. Наморщить лоб (счет: 1-2-3-4), представляя себе, как кожа лба собирается «в гармошку» (счет: 1-2-3-4), а затем расправить (счет: 1-2-3-4). Ощущение расслабления постараться удержать в памяти. Для этого можно 5-6 раз ладонью погладить кожу лба.

2. Расслабление поверхностных мышц глаз (веки, мигательные мышцы,

круговые мышцы глаз). Закрывать глаза, как можно сильнее сомкнуть веки (плотно зажмурить глаза) (счет: 1-2-3-4), зафиксировать это напряжение (счет: 1-2-3-4), а затем расслабить мышцы (счет: 1-2-3-4).

3. Расслабление внутренних мышц глаз. Отвести глазные яблоки при закрытых глазах в крайнее правое положение (счет: 1-2-3-4), зафиксировать напряжение мышц (счет: 1-2-3-4), быстро вернуть глазные яблоки в исходное положение с расслаблением (счет: 1). Те же самые движения выполняются в левую сторону.

4. Расслабление круговых мышц рта. Напрячь мышцы губ, губы плотно сжимаются (счет: 1-2-3-4), зафиксировать это напряжение (счет: 1-2-3-4), а затем быстро расслабить (счет: 1).

5. Расслабление мышц челюстей. Челюсти плотно сжать (не до боли) (счет: 1-2-3-4), прочувствовать напряжение (счет: 1-2-3-4) и расслабить так, чтобы нижняя челюсть вяло отвисала, рот при этом слегка приоткрывается (счет: 1).

6. Расслабление мышц языка. Кончик языка упирается в верхние передние зубы изнутри, при этом, напрягаясь, как бы старается путем усилия вытолкнуть зубы вперед и вверх (счет: 1-2-3-4). Напряжение фиксируется (счет: 1-2-3-4), а затем мышцы расслабляются (счет: 1). Облегчает это упражнение прием, при котором надо мысленно произнести звук «ы». Признаком хорошего расслабления мышц челюсти, языка и рта является появление слюны. Ее необходимо спокойно проглотить и продолжать дальше расслабление мышц.

Упражнение 2. Расслабление мышц шеи.

1. Сгибание шеи назад, стараясь погрузить голову глубже в подушку (счет: 1-2-3-4), фиксация положения (счет: 1-2-3-4), расслабление (счет: 1), голова возвращается в исходное положение.

2. Поворот головы с напряжением мышц шеи (счет: 1-2-3-4), фиксация (счет: 1-2-3-4), расслабление с возвратом в исходное положение (счет: 1). То же самое влево.

Упражнение 3. Расслабление мышц руки.

1. Правая рука – сосредоточиться, прочувствовать ее, медленно сжать в кулак, одновременно сгибается предплечье, образуя с плечом угол в 90 (счет: 1-2-3-4). Достигнув максимума напряжения (счет: 1-2-3-4), тут же расслабить всю руку, (счет: 1), вяло уронив ее на постель.

2. Напрягаются: кисть правой руки, мышцы предплечья, плеча. Правая рука прямая, напряженная, медленно поднимается вверх (счет: 1-2-3-4), фиксирование напряжения (счет: 1-2-3-4), расслабление (счет: 1) – рука вяло роняется на свое место. То же проделывается с левой рукой.

Упражнение 4. Расслабление мышц ног.

1. Расслабление мышц стопы и голени. Сгибаем правую стопу, носок ее тянем на себя: напряжение (счет: 1-2-3-4), фиксация (счет: 1-2-3-4), расслабление (счет: 1-2-3-4).

2. Расслабление мышц бедра. Напряжение стопы, голени (см. упр. 3, п. 2), затем напряженное сгибание ноги в колене, стараясь пятку максимально подтянуть к тазу (счет: 1-2-3-4). Фиксация напряжения (счет: 1-2-3-4), расслабление (счет: 1) – вся нога расслабляется, пятка скользит вперед, нога вяло роняется в исходное положение.

Хорошо зарекомендовали себя в формировании навыков мышечной релаксации упражнения, предложенные В. Л. Марищуком, которые в течение многих лет применяются для обучения навыкам саморегуляции лиц летного состава и спортсменов. В процессе их выполнения происходит напряжение и расслабление отдельных групп мышц. Предварительно необходимо сделать несколько вдохов и расслабленных выдохов (губы трубкой), помассировать мышцы рук и шеи.

1. Стоя, ноги врозь, 1 – глубокий вдох, руки в стороны и согнуть в локтях; 2 – напрячь мышцы рук и шеи, 3–4 – руки и голову расслабленно уронить, полный выдох.

Упражнение повторить 2–3 раза при сильном напряжении мышц и 1–2 раза – при легком. Выдох должен быть вначале свободным, а в конце –

слегка принудительным. Внимание сосредоточить сначала на напряжении, потом на расслаблении мышц (так же и в последующих упражнениях).

2. То же, но при напряжении и расслаблении мышц одной руки.
3. То же, но при напряжении и расслаблении мышц другой руки.
4. То же при напряжении мышц обеих рук, но при сосредоточении внимания на одной руке (дифференцировка).
5. То же при сосредоточении внимания на другой руке.
6. Стоя (ноги врозь) возле скамейки. 1 – глубокий вдох, напрячь мышцы ног; 2–9 – задержать напряжение ног; 10 – полный выдох, сесть на скамью, поставить удобнее ноги, расслабить и помассировать мышцы ног.
7. То же, но при напряжении и расслаблении мышц одной ноги.
8. То же, но при напряжении и расслаблении мышц другой ноги.

Методы регуляции отрицательных состояний

В связи с тем, что использование фармакологических препаратов не исчерпывает всех возможностей коррекции эмоционального стресса и дает много побочных эффектов, сегодня широкое распространение приобретают немедикаментозные методы коррекции стресса. Широкое распространение получили различные приемы саморегуляции, основные из которых внушение и самовнушение. К методам самовнушения среди прочих относятся самовнушение по Куэ и аутогенная тренировка.

Самовнушение по Куэ – простой и эффективный метод восстановления психического равновесия, который заключается в следующем. Используя данный метод должен сформировать индивидуальное словесное утверждение, направленное на регуляцию собственного состояния. Формулировки должны быть простыми, утвердительными, позитивно окрашенными: «Мой страх полностью исчезает»; «Я спокоен, уравновешен»; «Мой организм способен вырабатывать вещества, которые помогут мне сохранить спокойствие и преодолеть любые трудности» и т. п. Словесные формулы проговариваются в момент засыпания и в момент пробуждения, в фазе между сном и бодрствованием.

Эффективными являются комплексы дыхательных упражнений. Произвольно изменяя режим дыхания, человек изменяет и режим своей психической деятельности. Смысл дыхательных упражнений состоит в сознательном контроле частоты, глубины и ритма дыхания. Продолжительность вдоха, выдоха и задержки дыхания устанавливается по пульсу. Используются три типа упражнений: полное брюшное дыхание и два ритмических дыхания. При выполнении первого упражнения вдох выполняется через нос. Упражнение направлено на максимальное заполнение объема легких воздухом. Второе упражнение состоит в полном дыхании, осуществляемом в определенном ритме (лучше в темпе ходьбы). Вдох на 4, 6 или 8 шагов, сделанных при выдохе. Выдох рассчитывается на то же количество шагов. Третье упражнение отличается от второго только условиями выдоха: толчки воздуха через плотно сжатые губы.

Использование дыхательных упражнений в комплексе с другими приемами повышает их эффективность. Особенно благоприятно их сочетание с напряжением и расслаблением мышц. Делая задержку вдоха на фоне напряжения мышц, а затем спокойный выдох, сопровождаемый расслаблением мышц, можно снять чрезмерное волнение[2].

Методика аутогенной тренировки (АТ)

Методика аутогенной тренировки (АТ) разработана немецким психотерапевтом Й. Г. Шульцем в начале XX в. Он поставил перед собой задачу – соединить в одной методике эффективность лечебного действия гипноза и возможность ее самостоятельного использования пациентом. Упражнения, входящие в аутогенную тренировку, не являются чем-то принципиально новым в практике психотерапии. Главная заслуга автора АТ – органичное соединение ранее не взаимосвязанных приемов самовоздействия на организм человека, влияющих на его эмоциональную сферу и повышающих работоспособность.

Аутогенная тренировка быстро внедрилась в медицинскую практику, а затем была принята и специалистами в области психопрофилактики, на

производстве, в спорте и в космонавтике. В нашей стране были разработаны такие модификации АТ, как «активное самовнушение», «психорегулирующая тренировка», «сенсорно-репродуктивная тренировка», «эмоционально-волевая тренировка», «психогигиеническая саморегуляция» и др.

Примерное содержание релаксационной части занятия

Итак, глубоко вдохнули, выдохнули, закрыли глаза. Осмотрели себя спокойно изнутри. Все внимание сосредоточено на лице. Подняли брови вверх! Вся верхняя часть головы и лоб напряжены. Прочувствовали напряжение... и на длинном спокойном выдохе опустили брови. Теперь зажмурьтесь, вся середина лица сжата, веки давят на глаза. Неприятное чувство напряженности. Подержали мышечное напряжение еще немного. И на длинном выдохе быстро сбросили мышечный тонус! Мышцы как бы разошлись по лицу... Черты разгладились... Прочувствовали расслабление. Теперь – глаза. При полностью расслабленных мышцах век глаза закрываются спокойно и плотно, веки не подрагивают. Чтобы достичь этого самостоятельно, делаем несколько коротких и сильных напряжений – расслаблений одними веками. С каждым последующим расслаблением мышцы век устают, теряют тонус и закрывают глаза спокойно и плотно. Рассмотрите лицо еще раз сверху вниз. Я буду давать словесные формулы. Вы должны повторять их про себя, фиксируя внимание на соответствующей части лица, каждое слово выговаривается на выдохе. Рассматриваем лицо в последний раз в целом. Выражение лица абсолютно спокойное. Черты лица разгладились, на лице – словно маска невозмутимости и спокойствия. Внимание переходит на плечи. Произвольно их опускаем. Обращаем внимание на то, что на каждом выдохе ощущение расслабленности плеч усиливается, плечи опускаются. Внимание медленно переходит от плеч к локтям, кистям рук. Не напрягая мышц, стараемся вызвать ощущение попеременного движения кистей вверх-вниз...

Мышцы расслабляются и тяжелеют. Ладони тяжелые и давят вниз все сильнее и сильнее. Повторяем про себя каждое слово на выдохе: «Мои руки

тяжелые, тяжелые, тяжелые...» Теперь в течение двух-трех минут каждый самостоятельно рассмотрит себя изнутри. Запомните первые ощущения расслабленности и успокоения. Пауза две-три минуты.

Внимание! Наше занятие подходит к концу. Мышцы и нервная система отдохнули. Переключаем внимание на внешний мир. Стараемся все слышать и все чувствовать. Делаем дыхание более глубоким и энергичным. Вдох – длинный, глубокий, выдох – резкий, короткий, энергичный! На вдохе прохлада пробегает по спине. С каждым вдохом уходит вялость и расслабленность. Мышцы напрягаются. Пошевелили пальцами рук. Несильно сжали ладони, расслабили. Соединили пальцы рук в «замок» и потянулись! Сильно и с удовольствием. Плечи подняты вверх. И на резком выдохе руки бросили вдоль тела, потрясли ими, открыли глаза и улыбнулись самим себе и друг другу!

Человек, владеющий навыками психической саморегуляции, способен сохранять эмоциональное равновесие в различных чрезвычайных ситуациях. Это наиболее оптимальный и эффективный вид психологической защиты. Качество и величина (сила) опасности воздействия на человека при развитых навыках психологической саморегуляции практически не имеют значения. Однако крайне необходимо правильно выбрать индивидуальный способ саморегуляции [10].

Литература

1. Авруцкий Г. Я. Лечение психически больных / Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува. – Москва: Медицина, 2019. – 528 с.
2. Адаптивная саморегуляция функций : моногр. – Москва: Огни, 2010. – 328 с.
3. Алексеенкова Е. Г. Личность в условиях психической депривации / Е. Г. Алексеенкова. – Москва: Питер, 2009. – 894 с.
4. Алия А. А. Культура информационно-психологической безопасности личности / А. А. Ахметвалиева. – Москва: LAP LambertAcademicPublishing, 2012. – 200 с.
5. Ильин В. П. Гимнастика для людей среднего и пожилого возраста / В. П. Ильин. – Москва: Высшая школа, 2019. – 96 с.
6. Грачев Г. Личность и общество: информационно-психологическая безопасность и психологическая защита / Г. Грачев. – Москва: Когито-Центр, 2003. – 975 с.
7. Дурнев Р. А. Безопасность России. Основы информационно-психологической безопасности / Р. А. Дурнев. – Москва: Знание, 2012. – 521 с.
8. Ефимова Н. С. Основы психологической безопасности / Н. С. Ефимова. – Москва: Форум, Инфра-М, 2010. – 192 с.
9. Ефимова Н. С. Основы психологической безопасности. Учебное пособие : моногр. / Н. С. Ефимова. – Москва: Форум, 2017. – 658 с.
10. Золотокрылин А. Практика психической саморегуляции / А. Золотокрылин. – Москва: Золотое Сечение, 2011. – 559 с.
11. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под редакцией Дэвида Барлоу. – Москва: Питер, 2008. – 912 с.
12. Котельников В. М. Займитесь собой. Пособие по саморегуляции и самосовершенствованию / В. М. Котельников. – Москва: РГГУ, 2000. – 624 с.
13. Курек Н. С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь / Н. С. Курек. – Москва: Москва, 2015. – 245 с.

14. Личностные и когнитивные аспекты саморегуляции деятельности человека. – Москва: Психологический институт РАО, 2006. – 320 с.
15. Мах Э. Г. Анализ ощущений и отношение физического к психическому / Э. Мах. – Москва: Территория будущего, 2005. – 304 с.
16. Падун М. А. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности / М. А. Падун. – М.: Когито-Центр, 2017. – 227 с.
17. Пугачева Н. А. Информационно-психологическая безопасность личности / Н. А. Пугачева. – М.: LAP LambertAcademicPublishing, 2013. – 116 с.
18. Сапронов Ю. Г. Безопасность жизнедеятельности / Ю. Г. Сапронов, А. Б. Сыса, В. В. Шахбазян. – Москва: Academia, 2004. – 320 с.
19. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – Москва: МИА, 2003. – 432 с.
20. Цветкова Л. С. Восстановление высших психических функций / Л. С. Цветкова. – Москва: Академический проект, 2004. – 384 с.
21. Холостова Е. И. и др. Обеспечение безопасности социальных работников при оказании социальных услуг на дому. Материалы круглого стола «Обеспечение безопасности социальных работников при оказании социальных услуг на дому» – Москва: Издательство Государственного автономного учреждения города Москвы «Институт переподготовки и повышения квалификации руководящих кадров и специалистов системы социальной защиты населения города Москвы», 2012. – 75 с.
22. Шапиро Д. Динамика характера. Саморегуляция при психопатологии / Д. Шапиро. – Москва: Класс, 2009. – 213 с.
23. Шатаева Л. К. Пептидная саморегуляция живых систем (факты и гипотезы) / Л. К. Шатаева, В. Х. Хавинсон, И. Ю. Ряднова. – Москва: Наука, 2003. – 224 с.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА ПРИ ОКАЗАНИИ
СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В ФОРМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА ДОМУ

Методические рекомендации

Выпускающий редактор – С. П. Павлов,
начальник Редакционно-издательского отдела
СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья»

Корректор – И. В. Желтикова, Г. М. Шумилова

Помощник выпускающего редактора – Е. Е. Бондаренко

Тираж 100 экз.

Подготовка макета и печать –
СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья»
190068, Санкт-Петербург, ул. Садовая, д. 55–57

