|  | **510 некоммерческих организаций**  **71 регионов России, Казахстан, Эстония, Кыргызстан**  **12 территориальных ресурсных центра** |
| --- | --- |

Профилактика жестокого и пренебрежительного отношения к пожилым людям

## Общая часть

1. По данным ВОЗ, с жестоким и пренебрежительным отношением сталкивается каждый десятый пожилой человек, живущий в сообществе (дома), в учреждениях доля еще выше. Кроме того, далеко не обо всех случаях жестокого обращения становится известно: по некоторым данным, не сообщается о 80% инцидентов.
2. Наиболее распространённые формы жестокого и пренебрежительного отношения:

* психологическое или эмоциональное насилие,
* физическое насилие,
* финансовые махинации,
* дискриминация (эйджизм),
* неглект (неоказание помощи и халатность),
* институциональное насилие,
* сексуальное насилие,
* самопренебрежение.

1. По статистическим данным ([презентация Старость в радость](https://silveragemap.ru/baza-znaniy/rabota-s-pozhilymi/bezopasnost/protivodeystvie-nasiliyu/rabochaya-vstrecha-1-doklad-ivanovoy-eleny/)) наиболее часто происходят случаи психологического насилия.
2. Многие (и жертвы, и свидетели и даже сами насильники) не знают всех форм, которые может принять жестокое и пренебрежительное отношение. Физическое насилие квалифицировать проще всего, а психологическое часто воспринимается как «особенности общения». То, что пренебрежение – это тоже форма насилия – понимает небольшое количество человек. Иногда даже сами «агрессоры» не понимают, что они совершают насилие.
3. Пандемия коронавируса повлекла за собой перегрузку социальной системы и системы здравоохранения, ухудшение экономической ситуации, что привело к повышению стресса у населения и увеличению количества агрессивных проявлений, а также ухудшению состояния самих пожилых людей. Это усугубило ситуацию с жестоким и пренебрежительным отношением.
4. На усугубление ситуации с жестоким и пренебрежительным отношением к пожилым людям также влияет растущий поколенческий раскол, непонимание, отсутствие уважение к пожилому возрасту со стороны более молодых.

*Дополнительные материалы:*

[*Презентация Ксении Еруслановой (РГНКЦ) про жестокое обращение с пожилыми*](https://docs.google.com/presentation/d/1aCn9nUWoqYLuS2XUzHf_DgS7P-LMJZiJ/edit?usp=sharing&ouid=115686016878818217580&rtpof=true&sd=true)

## Жестокое и пренебрежительное отношение дома

1. *С*[*татистика в презентации Тамары Стегний.*](https://silveragemap.ru/baza-znaniy/rabota-s-pozhilymi/bezopasnost/protivodeystvie-nasiliyu/rabochaya-vstrecha-1-doklad-stegniy-tamary/)
2. Агрессорами чаще всего становятся:

* Родственники, осуществляющие уход (часто дети). Иногда они даже не имеют намерения совершить акт агрессии. Это просто уставший родственник, который не имеет внутренних сил для правильной и корректной коммуникации с пожилым человеком.
* Проживающие совместно с пожилым человеком люди, имеющие проблемы с психическим здоровьем - депрессию, алкогольную или наркотическую зависимость, а также уже осуществлявшие насилие.
* Люди, находящиеся в финансовой или эмоциональной зависимости от пожилого человека.
* Люди, имевшие ранее конфликтные отношения с пожилым человеком.

1. В качестве агрессоров чаще проявляются лица мужского пола, в качестве жертв агрессии – женского. Хотя есть и жертвы мужчины. Им еще более сложно рассказать о ситуации насилия.
2. Источники информации для НКО о случаях жестокого и пренебрежительного отношения к пожилым:

* Социальные работники
* Соседи
* Волонтеры
* Родственники пожилых людей
* Сами пожилые

1. Сложности работы со случаями:

* Пожилые люди испытывающие жестокое и/или пренебрежительное отношение в семье часто боятся говорить правду или предпринимать действия по наказанию обидчика потому что:
* Им стыдно за своего ребенка (родственника), они не хотят создавать ему проблемы.
* Они боятся потерять иногда единственного родственника, который осуществляет уход за ними.
* Они считают такое отношение нормой.
* Они не знают, куда обратиться за помощью.
* Ии негде жить, кроме как на одной территории с агрессором. Родственники могут быть неготовые его принять или их может не быть вовсе. При этом сами пожилые люди крайне трудно меняют сложившийся образ жизни, переезжают на новое место.
* Боятся, что после раскрытия правды может стать только хуже.
* Когда они обращаются за помощью, то часто для того, чтобы дать себе передышку, выйти из ситуации. Нередко все заканчивается тем, что пожилой человек забирает заявление из полиции, сам возвращается к агрессору.
* Правоохранительные органы не умеют (не имеют четких алгоритмов работы) и не желают работать с подобными случаями. Если пожилой человек будет готов написать заявление, его должен сопровождать в полицию компетентный человек.
* На уровне НКО вырабатываются технологии по выявлению, работе со случаем. Но пока нет повода говорить, что их много. По сути на уровне НКО сейчас крайне мало инструментов и возможностей для помощи человеку, попавшему в ситуацию жестокого и пренебрежительного отношения.
* Работа с самими насильниками (реальными агрессорами) крайне сложна. Если человек на свободе, то для психологической проработки проблемы агрессии необходимо его согласие. Специалистов, которые работают с такими ситуациями крайне мало, терапия долгосрочная. Если человек уже осужден, то для того, чтобы предложить ему психологическую помощь, необходимо выстроить отношения с ФСИН и получить их согласие на работу психологов. Опять же специалистов психологов, умеющих работать с заключенными, крайне мало, для полноценной психологической работы необходимо согласие самого человека. Т.е. коммуникации долгие и крайне сложные.

1. Возможные системные решения:

* Защита жертв насилия и фиксация алгоритмов для работы со случаями насилия на законодательном уровне (закон о насилии).
* Подписание Российской Федерацией Конвенции Совета Европы о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием (также известная как Стамбульская конвенция)
* Межведомственное взаимодействие (в широком смысле – с привлечением и НКО, и общественности) показывает эффективность уже на деле и заявлено как важный фактор успеха многими участниками. Важно понимание всеми участниками системы правильных алгоритмов информирования/маршрутизации пострадавшего. Возможно – создание Координационного центра.
* На уровне НКО – объединение ресурсов региональных НКО, занимающихся деятельностью по предотвращению насилия.
* Развитие сети заведений (приютов) для проживания жертв насилия.
* Информационная кампания для широкой общественности. Актуализация проблемы в информационной повестке. Распространение информации о простых шагах помощи жертвам насилия, самопомощи, справочной информации (НКО и службы в регионах, куда можно обратиться). Распространение информации о формах насилия – что это не всегда именно физическое воздействие.
* Разработка и распространение чётких алгоритмов выявления случаев насилия и работы со случаем для всех участников этой работы (НКО, государственные службы). Обучение персонала всех организаций, работающих с пожилыми.
* Развитие системы поддержки для близких родственников пожилых людей (уменьшение количества случаев насилия из-за психологического истощения ухаживающего за пожилым), создание Школ ухода. Мониторинг и поддержка родственного ухода со стороны учреждений здравоохранения. Пациент + опекун = один субъект для медицинской помощи
* Развитие института общественной адвокации. Просвещение пожилых людей об их правах.
* Создание и развитие площадок для межпоколенческого взаимодействие. Воспитание уважения к старшим людям.

*Дополнительные материалы:*

* [*Презентации спикеров Рабочей встречи 1.*](https://silveragemap.ru/baza-znaniy/rabota-s-pozhilymi/bezopasnost/)

## Жестокое и пренебрежительное отношение в учреждениях

1. [В методических рекомендациях РГНКЦ](https://silveragemap.ru/baza-znaniy/rabota-s-pozhilymi/bezopasnost/protivodeystvie-nasiliyu/metodicheskie-rekomendatsii-po-preduprezhdeniyu-zhestokogo-obrashcheniya-s-pozhilymi-lyudmi-v-uchrezh/) есть хорошая аналитическая вводная по теме + про иностранный опыт + 5 общих групп причин возникновения насилия в учреждениях от Канадской сети организаций по предотвращению жестокого отношения к пожилым.
2. Возможные системные решения:

* Обучение персонала медицинских заведений на всех уровнях – от администрации до охраны. А также волонтеров. ухаживающих родственников. Направления обучения – основы гериатрии для понимания возрастных особенностей, умения выстроить правильную коммуникацию с пожилыми + вопросы насилия, его форм, профилактики, в том числе и в собственном поведении (распространение методических рекомендаций РГНКЦ).
* Психологическая помощь персоналу медицинский заведений. Профилактика стресса, выгорания.
* Создание в медицинских учреждениях среды нулевой толерантности к насилию и пренебрежительному отношению к пожилым людям. Медицинские учреждения должны иметь четкий свод правил по борьбе с жестоким и пренебрежительным отношением, включая алгоритмы действий для персонала, разбора ситуаций. Случаи должны фиксироваться и разбираться в обязательном порядке.
* Внедрение СДУ, как борьба с неглектом.
* Создание специальной комиссии, возможно, при Общественной палате для мониторинга и разбора случаев насилия и пренебрежительного отношения к пожилым в стационарах, домах престарелых и проч.

*Дополнительные материалы:*

* [*Презентации спикеров Рабочей встречи 2.*](https://silveragemap.ru/baza-znaniy/rabota-s-pozhilymi/bezopasnost/)
* [*Методические рекомендации РГНКЦ*](https://silveragemap.ru/baza-znaniy/rabota-s-pozhilymi/bezopasnost/protivodeystvie-nasiliyu/metodicheskie-rekomendatsii-po-preduprezhdeniyu-zhestokogo-obrashcheniya-s-pozhilymi-lyudmi-v-uchrezh/)

## Жестокое и пренебрежительное отношение и когнитивные нарушения

1. Деменция - это массовое заболевание. Согласно статистике, каждые три секунды в мире кто-то заболевает деменцией. И процент больных растет с геометрической прогрессией. Если в 2013 году с деменцией в мире было 44 млн человек, в 2015 году – 47 млн человек, в 2030 году ожидается, что их будет 82 млн человек, а к 2050 году цифра вырастет до 152 млн человек. К сожалению, коронавирус также стал одним из факторов начала этой болезни у пожилых людей.
2. Деменция – это не приговор. Чем раньше начать лечение, тем на более долгое время можно будет улучшить состояние пациента. К сожалению, в нашей стране специфическое лечение получают около 5 % пациентов с деменцией. Поэтому очень важно своевременно обратиться к врачу. При этом нужно знать, к какому именно специалисту обратиться.
3. Деменция и насилие. Почему мы выделяем именно этот аспект?

Деменция – это ухудшение способности человека ориентироваться в окружающем и собственном внутреннем мире, которое вызвано нарушением работы головного мозга и приводит сначала к частичной, а затем и полной утрате навыков самообслуживания.

Можно ли представить более беззащитного человека? Лежачий с проблемами опорно-двигательного аппарата имеет возможность сигнализировать о необходимой ему помощи окружающим. Инвалид по зрению выстраивает внутреннюю картину окружающего мира, используя опоры, альтернативные зрительным. Человек с деменцией утрачивает саму способность осознавать мир, себя и свои проблемы. На начальной стадии он отчасти беззащитен, на продвинутой — абсолютно беззащитен. С одной стороны, человек, который хуже ориентируется в окружающем мире, становится уязвимым для различных злоупотреблений. С другой стороны, ослабление контроля над внутренним миром, над эмоциями, утрата социальных навыков провоцирует конфликты даже с теми, у кого нет намерения злоупотреблять — самыми близкими людьми. Они заражают негативом близких, а потом этот негатив к ним же и возвращается. Поэтому люди, живущие с деменцией, как никто нуждаются в защите. Причем главным образом — в защите от действий ближайшего окружения, а вовсе не от черных риэлтеров. (из доклада А. Сонина)

Помимо таких ярких случаев могут быть варианты так называемого “непроизвольного насилия”. «Непроизвольное» насилие чаще всего происходит тогда, когда ухаживающий родственник не понимает, что такое деменция, обижается на больного человека, обвиняет его в том, что он специально так себя ведет. В этом случае спасать надо всех – и пожилого человека с деменцией, и его близких. К тому же родственники входят в категорию людей, которые тоже подвержены риску возникновения деменции.

1. Не всегда случаи насилия над людьми с когнитивными нарушениями могут быть реальными. Люди могут страдать бредом отношения. Поэтому те, кто разбираются в ситуации, должны очень внимательно и аккуратно подходить к каждому случаю, анализу всех деталей.
2. Системные решения:

*По линии работы с деменцией есть уже решения и программы. Проводились и информационные кампании. Но все эти действия нуждаются в усилении, большем масштабе.*

* ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) разработал Глобальный план действий в ответ на деменцию 2017-2025 гг., который включает следующие пункты:

- деменция как приоритет общественного здоровья

- осведомленность о деменции, формирование благожелательного отношения к больным с деменцией;

- снижение риска деменции;

- диагностика, лечение деменции, уход за больными;

- поддержка людей, осуществляющих уход за больными с деменцией;

- информационные системы, касающиеся деменции;

- научные исследования и инновации.

На сегодняшний день антидементные планы разработаны в 32 странах мира.

*“Медицинская часть”*

В России действует комплексная междисциплинарная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста. (принята в 2018 году). Он предполагает работу на разных уровнях:

* Доврачебная помощь. Повышение информированности населения о деменции (в том числе членов семей и социальных работников). Скрининг.
* Первичная медико-санитарная помощь (участковые терапевты, врачи общей практики, семейные врачи, специалисты кабинетов медицинской профилактики). Скрининг, наблюдение, коррекция факторов риска.
* Специализированная врачебная помощь (гериатры, неврологи, психиатры). Диагностика, лечение, наблюдение.
* Долговременная помощь и уход. Наблюдение, помощь лицам, осуществляющим уход.

*“Социальная часть”*

Важно также создание благоприятной (инклюзивной среды). Базово - дома у самого человека (например, поручни в ванной), шире - в социуме (например, Альцгеймер-кафе “Незабудка”).

Крайне важно не забывать об ухаживающих родных. Им очень нужна не только информация, но и помощь психологическая, поддержка.

Эффективным может быть включение антидементных действий/решений в уже работающие программы: по здоровому старению, по устройству городов и т.п. (это и к медицинской, и социальной частям)

*Что могут делать НКО для усиления эффекта медицинской части и реализации социальной части:*

* Прежде всего - знать самим основы, уметь распознавать проявления, быть готовыми к общению с людьми с когнитивными нарушениями.
* Учить пожилых, с которыми работают, проводить информационные кампании на своей территории для широкой общественности, специальностей, много работающих с людьми, родственников пожилых. Сейчас уже есть много полезной информации - необходимо развивать каналы ее распространения.

Важно не только учить, но и работать со стереотипами о деменции (это нормальное старение; с этим ничего не поделаешь), психологической помощи (туда ходят только шизофреники). Т.е. проводить не только информационно-просветительские, но и пропагандистские кампании.

* Специальные занятия для пожилых - профилактика деменции.
* Организовывать помощь родным: горячие линии, группы помощи и проч.
* Создавать инклюзивную/благоприятную среду для больных с когнитивными нарушениями. Развивать проекты, помогающие им максимально оставаться в социуме, иметь достойное качество жизни.
* Вовлечение других групп в создание благоприятной среды для больных деменцией. Например, предпринимателей.
* Оказывать консультационную помощь для больных и их родных - куда можно обратиться с таким заболеванием.